



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Der selektive Therapeut – Mythos oder Realität?“

Eine qualitative Untersuchung zu selektiven Strategien
in der Personen- und Klientenzentrierten Psychotherapie

Verfasserin

Martina Domesle

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A 297
Pädagogik
Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

Ich bedanke mich bei Ao. Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer nicht nur für sein Interesse an der Themenstellung der vorliegenden Diplomarbeit und der prompten Zusage zur Betreuung, sondern vor allem für den fachlichen Austausch während der Erstellung dieser Arbeit. Außerdem danke ich Dr. Gerhard Pawlowsky für sein konstruktives Feedback bei der Erarbeitung des Interviewleitfadens.

Bedanken möchte ich mich weiters bei meinen Freunden sowie meinen Eltern, meiner Schwester und insbesondere bei meinem Lebenspartner. Sie alle haben mich in unterschiedlichster Weise beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt und mir Verständnis und Ermutigung entgegengebracht.

Mein ausdrücklicher Dank gilt den Interviewpartnern und -partnerinnen, die aufgrund des offenen und ehrlichen Einblicks in ihren psychotherapeutischen Berufsalltag einen wichtigen Beitrag zur bisher marginal beforschten Thematik dieser Diplomarbeit geleistet haben.

Abstract

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit dem Thema *Selbstselektion auf Therapeutenseite*, welches in engem Zusammenhang mit dem Bereich *differenzieller Indikation in der Psychotherapie* sowie dem Aspekt der *Passung zwischen Therapeut und Klient* steht.

Der theoretische Teil der Arbeit gliedert die angeführten Themenbereiche in drei Hauptkapitel. Im Rahmen des empirischen Teils werden – im Anschluss an die Darstellung der wissenschaftlichen Arbeitsmethode – die aus den *leitfadenorientierten Experteninterviews* gewonnenen Ergebnisse mittels *strukturierender Inhaltsanalyse* aufbereitet. Basierend auf dieser Auswertung sowie in Anlehnung an die theoretische Auseinandersetzung werden im Zuge einer Interpretation die Interviewresultate dem Theorieteil gegenübergestellt. Die daraus resultierenden Erkenntnisse stellt das letzte Kapitel vor, wobei zudem weiterführende Überlegungen aufgezeigt werden.

The present diploma-thesis deals with the issue of *self-selection by the psychotherapist*, which is associated with the topic *differential indication in psychotherapy* and also with the aspect of *matching between therapist and client*.

The theoretical part of this thesis is divided into the mentioned subject areas in the form of three main chapters. Within the empirical part, the results from the *guideline-based interviews with experts* will be – subsequent to the description of the scientific working method – edited using the *texturing content analysis*. Based on this evaluation as well as referring to the theoretical examination, the interview results will be linked with the theory part in the course of an interpretation. The resultant findings are presented in the last chapter, in which further considerations will be pointed out too.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Entwicklung der Problemstellung	1
1.2.	Zielsetzung der Diplomarbeit.....	2
1.3.	Aufbau der Diplomarbeit.....	3
2.	Differenzielle Indikation in der Psychotherapie.....	5
2.1.	Begriffserläuterung	5
2.1.1.	Indikation.....	5
2.1.2.	Differenzielle Indikation.....	6
2.2.	Warum differenzielle Indikation?.....	8
2.2.1.	Geschichtlicher Hintergrund.....	8
2.2.2.	Notwendigkeit differenzieller Indikation in der Psychotherapie	9
2.3.	Der Weg zur Indikationsentscheidung.....	10
2.3.1.	Die Bedeutung des Indikationsgesprächs	10
2.3.2.	Differenzielle Indikationsprozesse in unterschiedlichen Kontexten.....	12
2.3.3.	Indikation zur Gesprächspsychotherapie	14
2.4.	Indikationsmodelle	15
2.4.1.	Selektives vs. adaptives Indikationsmodell	15
2.4.2.	Modell einer differenziellen Behandlungswahl	17
3.	Der Aspekt der Passung zwischen Therapeut und Klient	19
3.1.	Vorinformationen	19
3.1.1.	Was bedeutet Passung?.....	19
3.1.2.	Literarische Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Passung	20
3.2.	Passung als Fundament therapeutischer Beziehung	24
3.2.1.	Die Ansprechbarkeit des Klienten auf das therapeutische Beziehungsangebot.....	24
3.2.2.	Der therapeutische Bund.....	25
3.3.	Passung als Indikationsfaktor	27
3.3.1.	Vier Faktoren der Passung im „Allgemeinen Modell von Psychotherapie“	28
3.3.2.	Passung als Element differenzieller Indikation.....	31
3.3.3.	Passungsentscheidung	32
3.3.4.	Mangelnde Passung	33

4.	Der selektive Therapeut.....	36
4.1.	<i>Differenzielles Vorgehen im Kontext der Psychotherapie</i>	36
4.1.1.	Adaptives Handeln als Form differenziellen Vorgehens	36
4.1.2.	Selektives Handeln als Form differenziellen Vorgehens	38
4.2.	<i>Selbstselektion des Therapeuten</i>	39
4.2.1.	Selektive Strategien auf Therapeutenseite	40
4.2.2.	Bewusstwerdung persönlicher Grenzen	41
4.3.	<i>Fazit für die psychotherapeutische Praxis.....</i>	43
5.	Die wissenschaftliche Arbeitsmethode.....	46
5.1.	<i>Erhebungsinstrument: Das Experteninterview</i>	46
5.1.1.	Das leitfadenorientierte Interview.....	48
5.1.2.	Experten als Interviewpartner	49
5.2.	<i>Aufbereitungstechnik: Die Transkription</i>	51
5.3.	<i>Auswertungsmethode: Die strukturierende Inhaltsanalyse</i>	52
6.	Darstellung der Ergebnisse	56
6.1.	<i>Indikation zur Psychotherapie (K 1).....</i>	57
6.1.1.	Klientenvariablen (K 1a).....	57
6.1.2.	Gezieltes Ansprechen durch den Therapeuten (K 1b)	58
6.2.	<i>Therapieverfahren und Symptomatik des Klienten (K 2).....</i>	59
6.2.1.	Passt die Therapiemethode? (K 2a)	59
6.2.2.	Alternative Therapieverfahren (K 2b).....	60
6.2.3.	Intensive Betreuungsform (K 2c).....	60
6.3.	<i>Bedeutung des Intakers (K 3)</i>	62
6.3.1.	Ablehnung (K 3a)	62
6.3.2.	Vor- und Nachteile (K 3b)	62
6.3.3.	Akzeptanz (K 3c)	63
6.4.	<i>Passung zwischen Therapeut und Klient (K 4).....</i>	64
6.4.1.	„Einfach mal ausprobieren“ (K 4a).....	64
6.4.2.	Der Klient wird auf Passung hingewiesen (K 4b).....	65
6.4.3.	Es braucht das Gefühl: „Miteinander können“ (K 4c)	65
6.4.4.	Besondere Indikatoren (K 4d).....	66
6.4.5.	Der Therapieverlauf (K 4e).....	67
6.5.	<i>Das therapeutische Beziehungsangebot (K 5).....</i>	69
6.5.1.	Die drei Kernvariablen des personenzentrierten Ansatzes (K 5a).....	69
6.5.2.	Die Kernvariablen in Ansätzen (K 5b).....	70
6.5.3.	Anmerkungen zum adaptiven Vorgehen (K 5c)	71

6.6.	<i>Selektion im Vorfeld (K 6)</i>	72
6.6.1.	„Dasnehm´ich nicht“ (K 6a).....	72
6.6.2.	„Da bin ich nicht gut“ (K 6b).....	74
6.7.	<i>Abbruch der Therapie (K 7)</i>	76
6.7.1.	Unterschiedliche Gründe (K 7a).....	76
6.7.2.	Ein Gefühl des Unbehagens (K 7b).....	78
6.7.3.	Aufkeimende Angstgefühle (K 7c).....	79
6.8.	<i>Umgang mit Weitervermittlung (K 8)</i>	80
6.8.1.	Allgemeine Aspekte (K 8a).....	80
6.8.2.	Gezielte Weitervermittlung (K 8b).....	81
7.	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	86
7.1.	<i>Überlegungen zur differenziellen Indikation</i>	88
7.2.	<i>Passung zwischen Therapeut und Klient</i>	90
7.3.	<i>Umgang mit Selbstselektion und Weitervermittlung</i>	93
7.4.	<i>Fazit</i>	96
8.	Zusammenfassung und Ausblick	97
	Literaturverzeichnis	101
	Abbildungsverzeichnis	109
	Anhang I	IV
	Anhang II	VIII
	Anhang III	LXXX

1. Einleitung

„Ich weiß, dass ich ein Mensch bin
und damit meine Grenzen habe.“
(James F. Bugental)

1.1. Entwicklung der Problemstellung

Ausgehend von dem Artikel „Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen“ (Hutterer 2005), im Zuge dessen der genannte Autor adaptives und selektives Handeln als Formen differenziellen Vorgehens im Kontext der Personenzentrierten Psychotherapie¹ diskutiert, entwickelte sich das Forschungsinteresse, die Selektivität auf Therapeutenseite näher zu beleuchten.

Im Rahmen der Literaturrecherche wurde deutlich, dass die Perspektive der angeführten Thematik eng mit dem Aspekt der Passung in Zusammenhang steht und einen Teilaspekt differenzieller Indikation darstellt. Diese Situation dient als Ausgangsbasis für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Themen *differenzielle Indikation*, *Passung* und *selektives Vorgehen auf Therapeutenseite*.

Obwohl seit einigen Jahrzehnten eine intensive Aufarbeitung differenzieller Indikation sowie der Passung zwischen Therapeut und Klient² erfolgt, geben Autoren und Psychotherapieforscher auch in jüngster Zeit den Anstoß, dieser Materie zum Zwecke einer Reduzierung von Behandlungsabbrüchen und -misserfolgen mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Welche Chancen diesbezüglich die Selbstselektion als mögliche Konsequenz seitens des Therapeuten eröffnet, soll in dieser Diplomarbeit theoretisch aufgezeigt und praktisch untersucht werden.

¹ Die Bezeichnungen „Personenzentrierte Psychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ sowie „Gesprächspsychotherapie“ benennen jeweils die von Carl R. Rogers 1942 in den USA begründete psychotherapeutische Methode und werden daher in dieser Arbeit synonym verwendet. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich die ersten beiden Bezeichnungen in Österreich etabliert haben, wohingegen der Begriff „Gesprächspsychotherapie“ überwiegend in Deutschland Verwendung findet.

² Die Begriffe „Psychotherapeut“ und „Therapeut“ – ebenso die Bezeichnungen „Klient“ bzw. „Patient“ – werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Um den Lesefluss nicht unnötig zu stören, wird lediglich die männliche Form angeführt, wobei aber immer – sofern nicht explizit angeführt – beide Geschlechter darunter zu verstehen sind. Dies gilt auch für die Formulierungen „Experten“, „Interviewpartner“, „Befragte“ oder „Praktiker“.

1.2. Zielsetzung der Diplomarbeit

Basierend auf den zuvor beschriebenen Erkenntnissen wird einerseits untersucht, inwiefern eine literarische Aufarbeitung – sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Raum – der Bereiche *differenzielle Indikation*, *Passung* und *Selbstselektion durch den Therapeuten* bisher stattgefunden hat, andererseits liegt das Ziel dieser Diplomarbeit darin, in Anlehnung an eine empirische Erhebung Erkenntnisse zu gewinnen, um auf Grundlage dieser explorativen Herangehensweise die theoretischen Inhalte zu erweitern und zu differenzieren.

Bezug nehmend auf diese Erläuterungen wird der Diplomarbeit nachstehende Forschungsfrage zugrunde gelegt:

Inwieweit werden Aspekte der differenziellen Indikation sowie der Passung zwischen Therapeut und Klient in der personen- bzw. klientenzentrierten psychotherapeutischen Praxis berücksichtigt und werden damit in Zusammenhang stehend selektive Strategien seitens der Therapeuten angewendet?

Die angeführte Forschungsfrage umfasst folgende Problemstellungen: Es soll aufgezeigt werden, in welcher Weise der Aspekt der Passung zwischen Therapeut und Klient – als wesentlicher Faktor differenzieller Indikation – in der literarischen Forschungslandschaft einer näheren Betrachtung unterzogen wird und inwiefern dies auf die angesprochene Selektivität des Therapeuten zutrifft. Ergänzend dazu soll untersucht werden, ob diese Themen in der psychotherapeutischen Praxis Beachtung finden.

Im Anschluss an die theoretische Erörterung wird zum Zwecke der Beantwortung der Forschungsfrage in Form von qualitativen Interviews erhoben, inwieweit ausgebildete und erfahrene Personen- oder Klientenzentrierte Psychotherapeuten die genannten Themenblöcke im Rahmen ihrer professionellen Berufsausübung berücksichtigen. Dabei wird versucht zu eruieren, in welchem Ausmaß und nach welchen Kriterien eine Klientenauswahl im Sinne selektiver Strategien erfolgt.

Abschließend wird noch die pädagogische Relevanz der Forschungsfrage dargelegt: Der zu untersuchende Gegenstand kann der Problematik der Individualisierung zugeordnet werden, wobei der Aspekt der Passung (im Rahmen der Therapeut-Klient-Beziehung) einen Subtypus innerhalb dieser Thematik darstellt. Das individuelle Eingehen auf den Adressatenkreis spielt

in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Im Zuge der Diplomarbeit wird untersucht, inwiefern die Passung im Rahmen des therapeutischen Settings Beachtung findet und welche Maßnahmen gegebenenfalls gesetzt werden. Auch in pädagogischen Arbeitsfeldern sehen sich Experten mit der Frage konfrontiert, wie sie sich bestmöglich auf ihre Klientel einstellen können, um deren individuelle Persönlichkeit zu berücksichtigen. Sowohl im therapeutischen als auch im pädagogischen Bereich sollte die Anerkennung der Individualität der jeweiligen Adressaten im Dienste eines förderlichen Arbeitens im Vordergrund stehen.

1.3.Aufbau der Diplomarbeit

Die vorliegende Diplomarbeit gliedert sich in folgende Abschnitte:

Im ersten Kapitel, in dem ein Überblick über die Problemstellung gegeben und die der Diplomarbeit zugrunde liegende Fragestellung ausgewiesen wurde, folgt der theoretische Teil, der sich der literarischen Auseinandersetzung mit den Themengebieten *differenzielle Indikation*, *Passung* und *Selbstselektion* widmet.

Die Thematik der differenziellen Indikation in der Psychotherapie wird im zweiten Kapitel erörtert. Neben einer Begriffsdefinition und allgemeinen Erläuterungen in Zusammenhang mit Indikationsstellung wird die Unterscheidung zwischen adaptivem und selektivem Indikationsmodell beleuchtet.

Anschließend stellt das dritte Kapitel die Passung zwischen Therapeut und Klient dar. Hierbei wird die Bedeutung der Passung für einen positiven Beziehungsaufbau zwischen Therapeut und Klient beschrieben sowie die Verbindung zur differenziellen Indikation detailliert aufgezeigt.

Das letzte Kapitel des Theorieteils befasst sich mit der Selektivität auf Therapeutenseite, wobei gezielt die praktische Relevanz dieser Vorgehensweise Beachtung findet.

Im empirischen Teil wird zuerst im Zuge des fünften Kapitels die wissenschaftliche Arbeitsweise in Form der einzelnen Forschungsschritte vorgestellt: das leitfadenorientierte Experteninterview als Erhebungsinstrument, die Transkription als Auswertungstechnik und die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse als theoriegeleitetes Auswertungsverfahren.

Eine ausführliche Darstellung der Untersuchungsergebnisse folgt im nächsten Kapitel im Rahmen eines zuvor entwickelten Kategoriensystems.

Darauf aufbauend folgen im siebten Kapitel eine Interpretation und Diskussion des Erhebungsmaterials, die in einer Gegenüberstellung mit den theoretischen Inhalten resultieren.

Die Zusammenfassung sowie der Ausblick auf weiterführende Auseinandersetzungen ergänzend zu den dargestellten Themenbereichen schließen die vorliegende Diplomarbeit ab.

2. Differenzielle Indikation in der Psychotherapie

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, weshalb differenzielle Indikation im Rahmen von Psychotherapie in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat und welche Handlungsmodelle dafür zur Verfügung stehen. Der Erklärung wesentlicher Begriffe folgt die Darlegung der Gründe für die Bedeutungszunahme differenzieller Indikation, wobei zuerst ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung geworfen und im Anschluss daran die Notwendigkeit differenzieller Indikation erörtert wird. Danach wird der Weg zur Indikationsentscheidung dargestellt, weswegen dem Indikationsgespräch (Erstinterview) besondere Aufmerksamkeit zuteil wird. Darüber hinaus befasst sich dieses Kapitel mit den unterschiedlichen Indikationsabläufen in Institutionen vs. freier Praxis und führt zudem die Indikationskriterien für Gesprächspsychotherapie an. Abschließend werden drei verschiedene Indikationsmodelle vorgestellt.

2.1. Begriffserläuterung

2.1.1. Indikation

Indikation – ein Begriff, der ursprünglich aus dem Bereich der Medizin stammt und dessen Ziel darin liegt, „für einen Patienten eine geeignete Therapie zu finden“ (Kächele & Kordy 2003, S. 427) sowie Behandlungen begründbar zu machen (Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz 2003, S. 141) – gewinnt zunehmend auch im therapeutischen Feld, insbesondere aber in der psychotherapeutischen Forschung Beachtung. Aus Sicht der Psychotherapieforschung soll Menschen, die zum Zwecke einer Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung ihrer seelischen Gesundheit professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, jene Therapieformen angeboten werden, „die sich am besten eignen und die am effektivsten sind“ (Orlinsky 2003, S. 403). In einem Standardwerk zum Thema ‚Indikation in der Psychotherapie‘ stellen Baumann und von Wedel (1981) den – Ende der 60er Jahre erstmals von Paul formulierten – Appell vor: Im Rahmen von Indikation geht es um die „korrekte Ermittlung der geeigneten Therapieform für die jeweilige Störung beim jeweiligen Patienten“ (S. 3). Das Ziel der

Psychotherapieforschung liegt somit in der Erhöhung bzw. Verbesserung „[of] the optimal match between patient and treatment“³ (Norcross 1991, S. 439).

Selbstverständlich wird die Vision einer „maßgeschneiderten Therapie“ (Goldstein & Stein 1976; zit. nach Kächele & Kordy 2003, S. 427) eine fiktive bleiben, jedoch rückt der leidende Mensch mit seinen ganz persönlichen Bedürfnissen, Genesungschancen und Behandlungswünschen ebenso in den Blickwinkel wie die individuellen und professionellen Kompetenzen und Vorlieben der Therapeuten (vgl. dazu auch Beutler 1991).

2.1.2. Differenzielle Indikation

Neben der Berücksichtigung der Stärken des Psychotherapeuten geht es also besonders darum, eine für den jeweiligen Klienten geeignete Therapiemethode zu finden, die dieser auch annehmen kann. In diesem Zusammenhang spielt der Aspekt der *differenziellen Indikation* eine wesentliche und nicht außer Acht zu lassende Rolle. Dabei wird versucht, die grundlegende Problematik zu beachten, „welches Verfahren mit welchem Therapeuten für welchen Patienten mit welchem Problem“ (Hautzinger 2007, S. 15) mit dem Ziel einer Besserung der Symptome oder Störungen bei einem Klienten angewendet werden soll. Es wird folglich versucht, eine Antwort auf die Frage zu finden, im Rahmen welcher Psychotherapierichtung ein bestimmter Patient „die besten Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung hat“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 163). Andere Autoren definieren das Indikationsproblem in Bezug auf die Beachtung der Differentialität noch etwas ausführlicher: „Bei welchem Patienten mit welcher Problematik/psychischen Störung ist welche Behandlungsmaßnahme bzw. welche Sequenz von Behandlungselementen durch welchen Therapeuten zu welcher Zielsetzungen wie angemessen, wie effektiv und wie effizient?“ (Seidenstücker & Baumann 1979; zit. nach Schneider 1992, S. 183).

Differenzielle Indikation beachtet die Tatsache, dass es zwar viele verschiedene Therapiemethoden gibt, jedoch nicht jeder Patient von jeder dieser Methoden in gleicher Weise profitiert. Wissenschaftliche Erkenntnisse haben bestätigt, dass nicht jede Psychotherapierichtung für jeden Patienten geeignet ist sondern Abweichungen darin bestehen, inwieweit die verschiedenen psychotherapeutischen Angebote für die unterschiedliche Klientel passend und Ziel führend sind: „Viele Wege führen nach Rom“, aber nicht jeder Patient kann jeden Weg gleich gut gehen“ (Eckert & Biermann-Ratjen 2004, S.

³ ... „einer optimalen Abstimmung zwischen Patient und Behandlungsform“ (Übersetzung v. Verf.).

199). Differenzielle Indikation meint somit die „Auswahl des für einen bestimmten Patienten optimalen psychotherapeutischen Verfahrens“ (Eckert 2006, S. 211). Es wird versucht, für einen bestimmten Klienten in seinem individuellen psychischen Zustand jene Therapie auszuwählen, „von der er mit größter Wahrscheinlichkeit am stärksten profitieren wird“ (Eckert 2006, S. 211). Dies bedeutet, dass ein Patient zwar prinzipiell psychotherapieindiziert sein kann, es aber herauszufinden gilt, von welcher Art von Psychotherapie diese Person am meisten profitieren wird. Im Zuge dieses Prozesses ist es von großer Wichtigkeit, die Einstellungen des Klienten hinsichtlich seiner „Empfänglichkeit ... für ein bestimmtes Therapieverfahren“ (Boll-Klatt, Bohlen & Schmeling-Kludas 2005, S. 182) zu berücksichtigen und zu erfragen.

In Bezug auf die soeben angeführten wesentlichen Fragestellungen hinsichtlich der Erörterung differenzieller Indikation führen Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) jene Faktoren an, die den psychotherapeutischen Prozess und seine Wirksamkeit ausmachen und in Wechselwirkung zueinander stehen: „Die Persönlichkeit des Patienten, die Art der Störung, die Art der therapeutischen Intervention, die Art der Therapieziele [sowie] die Persönlichkeit des Therapeuten“ (S. 145). Eine Indikationsstellung sollte in Abhängigkeit zu diesen Einflussgrößen betrachtet werden, damit eine geeignete Behandlungsmethode für den jeweiligen Klienten ausfindig gemacht werden kann. Um diesen Anforderungen Rechnung tragen zu können, ist weniger ein Therapeut gefragt, der möglichst viele unterschiedliche Interventionsmethoden und Behandlungstechniken beherrscht als einer, der Kenntnis darüber verfügt, „welcher Patient in welchem Behandlungsmodell wahrscheinlich am besten aufgehoben ist“ (Hautzinger & Eckert 2007, S. 24). Selbstverständlich kann es vorkommen, dass einem bestimmten Klienten „mehrere gleichwertige Optionen für psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung stehen“ (Faller 1998, S. 16), wodurch die Indikationsentscheidung erschwert werden kann. In solchen Fällen spricht sich Faller (1998) dafür aus, dass die Behandlungserwartungen von Patienten als ein „integraler Bestandteil ihrer subjektiven Krankheitstheorie“ (S. 16) betrachtet werden sollten und auf Basis dieser Sichtweise ein „Zusatzkriterium für eine differenzielle Indikationsstellung“ (Faller 1998, S. 16) darstellen können.

2.2. Warum differenzielle Indikation?

In diesem Kapitel wird zuerst die geschichtliche Entwicklung differenzieller Indikation aufgerollt, um im Anschluss daran die Notwendigkeit dieses Aspektes im Rahmen von Psychotherapie zu beleuchten.

2.2.1. Geschichtlicher Hintergrund

Lange Zeit wurde die Indikationsfrage im Bereich der Psychotherapie bzw. deren Forschungslandschaft kaum beachtet. Fiedler (1994, S. 20) spricht in diesem Zusammenhang sogar von *sträflicher Vernachlässigung*. Seiner Zeit wohl voraus hat Paul bereits in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die Wichtigkeit differenzieller Indikation betont (siehe Kapitel 2.1.1.), indem er die Beachtung der Indikationsfrage „als zentrale Aufgabe der Psychotherapieforschung“ (Fiedler 1994, S. 21) herausstreicht. Bezug nehmend darauf findet sich bei Bastine (1992) folgende Übersetzung: „Welche Behandlung, von wem durchgeführt, ist für diese Person mit diesem spezifischen Problem und unter welchen Rahmenbedingungen am effektivsten“ (S. 259). Anfang der 70er Jahre wurde die Indikationsfrage insofern interessant, als die Krankenkassen in Deutschland damit begannen, Psychotherapiekosten zu übernehmen. Um diese Kostenübernahme begründen zu können, mussten kassenzugelassene Psychotherapeuten Gutachten erstellen und sich zu diesem Zweck ausführliche Gedanken zur Indikation machen. Etwa zu dieser Zeit, nämlich 1972, ließ Dührssen ein Lehrbuch über Psychotherapie publizieren, in welchem auch dem Thema Indikation bzw. Kontraindikation Beachtung geschenkt wird (Hoffmann, Rudolf & Strauß 2008, S. 5). Zum Forschungsgegenstand wurden Fragen der Indikation erst Ende der 70er Jahre im Zuge der vergleichenden Therapieforschung sowie der Diskussion über Methodenkombination (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 141). Ab Mitte der 80er Jahre begannen Gesprächspsychotherapeuten sich mit der Frage auseinanderzusetzen, „welche Patienten mit welchen psychischen Störungen mit Gesprächspsychotherapie erfolgreich behandelt werden können“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 141). Diese Überlegungen standen in Zusammenhang mit den Bemühungen der GwG (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.), „die Gesprächspsychotherapie als sog. Richtlinienverfahren⁴ bei den gesetzlichen

⁴ Zu den ‚Richtlinienverfahren‘ zählen in Deutschland derzeit lediglich die Verhaltenstherapie sowie psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Eine Abrechnung über die Krankenkasse ist daher nur mit diesen psychotherapeutischen Verfahren möglich.

Krankenkassen [in Deutschland; Anm. v. Verf.] zu etablieren“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 141).

2.2.2. Notwendigkeit differenzieller Indikation in der Psychotherapie

Worin liegen nun die Gründe für den – im Rahmen von Psychotherapie immer wichtiger werdenden – Aspekt differenzieller Indikation? Die Ergebnisse empirischer Effektivitätsstudien sowie klinische Erfahrungen haben gezeigt, dass Psychotherapie nicht immer zum gewünschten Erfolg führt (Eckert et al. 2004, S. 415), sondern auch Misserfolgsquoten insofern zu verzeichnen sind, als manche Patienten auf das Behandlungsangebot nicht ansprechen oder die Therapie abbrechen (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 180). Eckert und Biermann-Ratjen (2004) führen an, dass 40% aller begonnen Psychotherapien als „therapeutische Misserfolge [enden und diese] ... auf Fehlinterventionen zurückzuführen [sind]“ (S. 197). Die amerikanischen Autoren Reis und Brown (1999, S. 123) sprechen sogar von bis zu 60% aller Klienten, die bereits vor Beendigung aus der Behandlung aussteigen. Darüber hinaus hat mindestens ein Drittel (oft wird sogar von bis zu 45% gesprochen) aller Psychotherapiepatienten – betrachtet man deren Anamnese – eine oder sogar mehrere psychotherapeutische Vorbehandlungen vorzuweisen, wobei meist nicht nur die behandelnde Person sondern auch das therapeutische Verfahren gewechselt wurde. In diesem Zusammenhang unterscheiden Eckert, Frohburg und Kriz (2004) zwei Gruppen therapeutischer Misserfolge: zum einen Therapieabbrecher, deren Misserfolg von vorzeitigem Therapieabbruch gekennzeichnet ist, zum anderen Nichterfolgreiche (so genannte *nonresponder*), die Misserfolge wegen ausbleibender Verbesserungen oder möglicherweise sogar Verschlechterungen in ihrer Symptomatik zu verzeichnen haben. Diese beiden Misserfolgsgruppen werden von den genannten Autoren als „Fehlindizierte“ (Eckert et al. 2004, S. 415) bezeichnet. Laut Meinung der Verfasser kann aus diesem Befund jedoch nicht automatisch der Schluss gezogen werden, diese von Misserfolg geprägten Patienten hätten von einer anderen Therapiemethode profitiert. Aber „in Bezug auf das angewendete Verfahren und/oder diesen konkreten Therapeuten [haben sie sich] als fehlindiziert erwiesen“ (Eckert et al. 2004, S. 415). Darüber hinaus beschreiben die Autoren noch eine weitere Gruppe von Klienten, die sich schon im Vorfeld gegen einen bestimmten Therapeuten bzw. dessen spezielles Behandlungsangebot entscheidet und bezeichnet diese als „refusals“ (Eckert et al. 2004, S. 415): Dabei handelt es sich um jene Patienten, „die einen Behandlungswunsch haben und bei denen der Therapeut ihre Behandlung für indiziert hält“

(Eckert et al. 2004, S. 415), die aber schon im Stadium der Vorinformation der vom Therapeuten angebotenen Behandlung ablehnend gegenüberstehen (vgl. dazu auch Kächele & Kordy 2003, S. 430; Eckert 2006, S. 213).

Aus diesen Erläuterungen geht klar hervor, dass Klienten in unterschiedlicher Weise auf die verschiedenen psychotherapeutischen Angebote reagieren bzw. diese für die Patienten unterschiedlich gut geeignet sind. An dieser Stelle sei erneut auf das Zitat von Eckert und Biermann-Ratjen hingewiesen (siehe Kapitel 2.1.2.), welches dieses Faktum folgendermaßen umschreibt und womit die Notwendigkeit differenzieller Indikation im Rahmen von Psychotherapie begründet wird: „Viele Wege führen nach Rom“, aber nicht jeder Patient kann jeden Weg gleich gut gehen“ (Eckert & Biermann-Ratjen 2004, S. 199). Um diesbezüglich die Unterschiedlichkeit deutlicher zum Ausdruck zu bringen, heben Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) nicht nur die ‚vielen Wege nach Rom‘ hervor, sondern ergänzen dieses Zitat folgendermaßen: „... es führen viele verschiedene Wege nach Rom“ (S. 164; Hervorh. v. Verf.).

2.3. Der Weg zur Indikationsentscheidung

In den vorangegangenen Kapiteln wurde aufgezeigt, welcher wesentlichen Faktor differenzielle Indikation im Rahmen von Psychotherapie darstellt. Aus diesem Grund kommt dem Erstinterview bzw. Indikationsgespräch eine große Bedeutung zu, welches im Folgenden erläutert wird. In diesem Zusammenhang besteht ein Unterschied darin, in welchem Kontext dieses erste Gespräch stattfindet, worauf ebenfalls eingegangen wird. Zum Schluss dieses Kapitels werden die Merkmale der Indikation zur Gesprächspsychotherapie skizziert.

2.3.1. Die Bedeutung des Indikationsgesprächs

Im Zuge des Erstinterviews, das der Indikationsstellung für den jeweiligen Klienten dient, wird der Frage nachgegangen, ob eine Psychotherapie die passende Behandlungsmethode darstellt und wenn ja, welches Verfahren bzw. welches Setting für den Klienten am Besten geeignet ist. Das Ziel des Erstgesprächs liegt somit darin, Antworten zu dieser wichtigen Frage im Sinne differenzieller Therapieindikation zu finden. Zum Zwecke der Erhebung notwendiger Informationen im Sinne einer fundierten Indikationsstellung fragt der

Interviewer nach vertraulichen Daten und persönlichen Erfahrungen, ersteres ist vor allem dann unumgänglich, wenn ein Antrag an die zuständige Krankenkasse auf Übernahme der Behandlungskosten bzw. auf finanziellen Zuschuss gestellt wird. Diese Maßnahmen setzen „eine Beziehung zwischen Patient und Interviewer voraus, eine Basis für ein gewisses Ausmaß an Vertrauen des Patienten in den Interviewer und sein Vorgehen“ (Eckert 2006, S. 188). Diese Beziehung ist meist nicht von vornherein gegeben, sondern entwickelt sich im Verlauf des Indikationsgesprächs. Dabei spielt natürlich der ‚erste Eindruck‘, den Klient und Therapeut voneinander gewinnen, eine große Rolle. Zusätzlich fördern bestimmte Rahmenbedingungen den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Dazu zählen beispielsweise die Ausschaltung von Störungsquellen (Telefon), gute Lichtverhältnisse, sodass die beiden Akteure jeweils die Mimik des anderen wahrnehmen können, sowie eine angenehme Raumatmosphäre (Eckert 2006, S. 189). Bei Bedarf kann noch ein zweiter Termin anberaumt werden, um die Indikationsentscheidung bestmöglich fällen zu können. Handelt es sich allerdings bei dem Erstinterviewer auch um den potentiellen Psychotherapeuten, so ist dieser Schritt nicht unbedingt erforderlich, da in diesem Fall probatorische Sitzungen vereinbart werden können, bevor eine endgültige Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie gefällt wird (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 169). Diesbezüglich kann es vorkommen, dass ein Therapeut der Ansicht ist, er selbst sei nicht ‚der Richtige‘ für einen bestimmten Klienten: Hier besteht einerseits die Möglichkeit, dass der Therapeut, der mit dem Klienten das Indikationsgespräch durchführt, ein anderes Psychotherapieverfahren für indiziert hält, oder aber – in Fällen, in denen sich der jeweilige Therapeut aufgrund der speziellen Problematik des Klienten oder seiner spezifischen Symptomatik für nicht kompetent genug hält – diesen zu einem Kollegen der gleichen Therapierichtung weitervermittelt (vgl. dazu auch Kächele & Kordy 2003, S. 435).

Handelt es sich jedoch bei der Person, die mit dem Patienten das Indikationsgespräch durchführt, *nicht* um den späteren Psychotherapeuten, so spricht der Erstinterviewer lediglich eine Behandlungsempfehlung aus oder es erfolgt eine Überweisung zu einem anderen Therapeuten (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 171). Diese Vorgehensweise hat sich, wenn auch bisher nur an wenigen Orten in Amerika und einigen europäischen Ländern, etwa in Holland oder Belgien, etabliert: So genannte *Intaker* (speziell ausgebildete Beratungstherapeuten) überlegen gemeinsam mit dem Klienten im Vorfeld, wie die „psychotherapeutische Behandlung ablaufen könnte und welche Psychotherapeuten dafür am besten in Frage kämen“ (Fiedler 1994, S. 25). Diese Indikationsspezialisten haben in den

vergangenen Jahren bestimmte Kriterien ausgearbeitet, „anhand derer sie zu entscheiden versuchen, welcher Therapeut oder welches Therapieverfahren oder welche therapeutisch arbeitende Klinik für die jeweiligen spezifischen Probleme der Patienten am besten geeignet ist“ (Fiedler 1994, S. 25). Auf diese Weise wird die differenzielle Indikationsentscheidung von einem Intaker in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Klienten erarbeitet. Nach Fiedlers Ansicht könnten diese Kriterien für die Etablierung einer „Grundstruktur für differentielle Indikationsentscheidungen“ (Fiedler 1994, S. 25) herangezogen werden. Als letzten Schritt im Rahmen der Indikationsstellung ist es selbstverständlich nötig, dass der Therapeut bzw. Interviewer seine Indikationsentscheidung mit dem Klienten abstimmt, und zwar in Form einer ausführlichen und nachvollziehbaren Begründungserklärung (Eckert 2006, S. 197).

2.3.2. Differenzielle Indikationsprozesse in unterschiedlichen Kontexten

Indikationsentscheidungen im Sinne der oben dargestellten Vorgehensweise werden von Kächele und Kordy (2003) „als Ergebnis eines sozialen Aushandlungsprozesses verstanden, ... [wobei diese] an verschiedenen Orten des therapeutischen Versorgungssystems und in Abhängigkeit von den dort jeweils gegebenen Situationsbedingungen erarbeitet werden“ (S. 433). Dies bedeutet, dass Indikationsentscheidungen in unterschiedlichen Kontexten gefällt werden:

Einerseits finden Indikationsprozesse an psychotherapeutischen Ambulanzen oder Kliniken statt, wobei jedem Patienten ein 45- bis 60-minütiges Erstgespräch zur Verfügung steht (zum Ablauf siehe Kapitel 2.3.1.), in der Regel folgt ein zweites Gespräch, gegebenenfalls auch ein drittes. Im Rahmen dieses Indikationsinterviews stehen – neben der diagnostischen Abklärung – „Überlegungen, welche Behandlungsform für die geklagten Beschwerden und Störungen unter den gegebenen psychosozialen und somatischen Konstellationen sinnvoll und realisierbar erscheint“ (Kächele & Kordy 2003, S. 433), im Mittelpunkt des Interesses. Das Ergebnis eines solchen Indikationsgesprächs kann einerseits eine psychotherapeutische Behandlung an der jeweiligen Institution nach sich ziehen, wobei es diesbezüglich zu klären gilt, welche der dort angebotenen Therapiemethoden und welches Setting angesichts der spezifischen Problematik bzw. Störung des Patienten am effektivsten sein wird. Andererseits besteht auch die Möglichkeit, dass keine oder eine andere Art von Therapie, die nicht an der Ambulanz oder Klinik, an der das Erstgespräch durchgeführt wurde, oder gegebenenfalls ein stationärer Aufenthalt als Behandlungsform vorgeschlagen wird, wodurch es in Folge zu einer

Weiterleitung kommt bzw. eine Empfehlung ausgesprochen wird. Der Erstinterviewer – „der professionelle Partner im Prozess der Entscheidungsfindung“ (Kächele & Kordy 2003, S. 434) – wählt somit nicht nur aus den eigenen Möglichkeiten, sondern greift auch auf die Kompetenzen seiner Kollegen zurück und zieht externe Behandlungsmöglichkeiten ebenfalls in Betracht. Eine Entscheidungsfindung vor diesem Hintergrund ergibt sich meist in Absprache mit den Kollegen vor Ort, die im Zuge von Teambesprechungen als Experten zu Rate gezogen werden und damit die Indikationsentscheidung mittragen. Auf Basis dieser „Schulenvielfalt und ... Unterschiedlichkeit von Therapeutenpersönlichkeiten“ (Schmeling-Kludas & Wilke 2007, S. 691) lässt sich differenzielle Indikationsstellung auf fundierte Weise vornehmen.

Etwas weniger umfangreich erfolgen Indikationsprozesse in der Praxis eines niedergelassenen Psychotherapeuten, der bemüht sein wird, möglichst wenige seiner freien Behandlungskapazitäten ungenutzt zu halten (Kächele & Kordy 2003, S. 434). Dennoch wird ein Rat suchender Mensch auch von ihm eine fundierte Hilfestellung erwarten. Für den Fall, dass sich ein Therapeut für nicht kompetent genug hält bzw. ein anderes Psychotherapieverfahren als das ‚seine‘ für indiziert hält oder schlichtweg zum aktuellen Zeitpunkt keine freien Therapiestunden zur Verfügung hat, sollte es trotzdem seine Pflicht sein, „eine für seinen Patienten geeignete und für diesen auch annehmbare Behandlung zu finden“ (Kächele & Kordy 2003, S. 436). Natürlich befindet sich ein Psychotherapeut in freier Praxis „dabei in einer grundsätzlich anderen Situation als sein Kollege an einer klinischen Institution (beispielsweise einer Ambulanz). Die Unterschiede beziehen sich auf das Spektrum der ihm zur Verfügung stehenden therapeutischen Ressourcen“ (Kächele & Kordy 2003, S. 435). Bezogen auf die eigenen therapeutischen Kompetenzen werden diese wahrscheinlich eher gering sein, doch hinsichtlich anderer Therapiemethoden kann der niedergelassene Psychotherapeut nicht – wie sein Kollege an einer Klinik oder Ambulanz – auf weitere Behandlungsmöglichkeiten vor Ort zurückgreifen. Im Falle fehlender Kompetenzen im Hinblick auf die spezielle Erkrankung oder Problemlage eines bestimmten Klienten oder der Vermutung, ein anderes Verfahren wäre für den Klienten besser geeignet als das ‚eigene‘, wird der Therapeut in freier Praxis zu einem „mehr oder weniger explizit kooperierenden Kollegen“ (Kächele & Kordy 2003, S. 435) vermitteln.

2.3.3. Indikation zur Gesprächspsychotherapie

In Anbetracht der Tatsache, dass sich die Fragestellung der vorliegenden Diplomarbeit und damit in Zusammenhang stehend die Durchführung der Interviews auf die Methode der Personenzentrierten bzw. Klientenzentrierten Psychotherapie beschränkt, wird an dieser Stelle die Indikation zu eben dieser Therapierichtung explizit herausgegriffen und vorgestellt.

Das klassische Charakteristikum des gesprächspsychotherapeutischen Prozesses gründet darin, dass „in dessen Zentrum nicht das Symptom, sondern eine *spezifische Therapeut-Patient-Beziehung* steht, die sich durch ein tiefes Vertrauen des Therapeuten in die Entwicklungsmöglichkeiten (Ressourcen) von Menschen auszeichnet. Gelingt diese Beziehung, werden diese Ressourcen freigesetzt und ermöglichen Veränderungen auch auf der Symptomebene“ (Eckert 2007, S. 235) (Möglichkeiten, deretwegen diese Beziehung nicht gelingt, werden im Zuge des 3. Kapitels ausführlich diskutiert). Wie aus dieser Erläuterung klar hervorgeht, liegt das Einzigartige an diesem therapeutischen Ansatz darin, dass nicht symptomorientiert gearbeitet wird, sondern der Beziehungsprozess zwischen Therapeut und Klient den Schwerpunkt ausmacht. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) benennen fünf Kriterien als Grundlage für die Indikation zur Gesprächspsychotherapie:

1. „Die Störung ist eine psychische, die eine Inkongruenz zur Grundlage hat.
2. In der Aufhebung der Inkongruenz im Erleben des Klienten kann wenigstens ein erster Schritt zur Behebung seiner psychischen Störung bzw. zur Lösung seiner Probleme gesehen werden, und sei es auch nur die Klärung dieses Problems.
3. Der Patient nimmt seine Inkongruenz zumindest im Ansatz als solche wahr, und diese Wahrnehmung ist mit einem Wunsch nach Veränderung verbunden.
4. Es sind ein Selbstkonzept und ein gewisses Ausmass an Beziehungsfähigkeit zu sich selbst beim Patienten gegeben.
5. Der Patient kann das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot wahrnehmen und annehmen.“ (S. 171)

Diese Kriterien können einem Therapeuten Orientierung bieten wenn es um die Frage geht, ob Gesprächspsychotherapie bei einem Klienten indiziert ist. Es besteht durchaus die Möglichkeit, dass im Hinblick auf die spezifische Symptomatik oder Problematik des Klienten ein anderes Therapieverfahren oder gegebenenfalls eine nicht-psychotherapeutische Behandlung besser geeignet ist als Personenzentrierte Psychotherapie. Letzteres ist Biermann-Ratjen et al. (2003) zufolge dann der Fall, wenn die Ursache der Probleme „nicht eine Inkongruenz ist“ (S. 172). Eckert (2007) betont die Relevanz der Überprüfung, ob „Gesprächspsychotherapie geeignet ist, die vorliegende Störung erfolgreich zu behandeln“ (S. 277) und weist diesen Punkt als weiteres Indikationskriterium aus.

Nach diesem Abriss über die Merkmale der Indikation zur Gesprächspsychotherapie, die in erster Linie von den erwähnten Autoren aus Deutschland befürwortet wird, befasst sich das nächste Subkapitel mit verschiedenen Zugangsmöglichkeiten, die in Bezug auf Indikationsentscheidungen zum Tragen kommen können.

2.4. Indikationsmodelle

Einige Autoren, die sich in der Vergangenheit eingehend mit der Problematik differenzieller Indikation in der Psychotherapie beschäftigt haben, schlagen unterschiedliche Modelle für den Weg zur Indikationsstellung vor, die im Folgenden diskutiert werden.

2.4.1. Selektives vs. adaptives Indikationsmodell

Im Rahmen der Diskussion um differenzielle Indikation postulieren Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003, S. 161), dass die Frage, ob und wann eine Psychotherapie für einen bestimmten Klienten überhaupt indiziert ist, zuwenig Berücksichtigung findet. Die Konzentration liegt nach Meinung der Autoren hauptsächlich auf den Fragen,

„ob eine *bestimmte* Therapie für einen bestimmten Klienten die optimale Behandlungsform ist (*selektives* ... Indikationsmodell) bzw. wie die Behandlung für einen gegebenen Klienten optimal gestaltet werden kann (*adaptives* Indikationsmodell).“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 161; Hervorh. v. Verf.)

Beim selektiven Indikationsmodell wird dieser Beschreibung zufolge danach gefragt, welche der gegebenen Therapieformen sich wohl am besten für einen bestimmten Klienten eignet, wogegen das adaptive Indikationsmodell der Frage nachgeht, auf welche Weise die Gestaltung sowie in Folge der Effekt des Therapieprozesses durch adaptives Vorgehen optimiert werden kann. Während also ersteres Modell versucht, die Tauglichkeit vorhandener *Behandlungsmöglichkeiten* auf den jeweiligen Klienten abzustimmen, wird beim zweiten Indikationsmodell den *Behandlungstechniken* gegebener Therapieformen sowie der Anwendung solcher Interventionsmethoden, beispielsweise in Form einer Kombination von Strategien, Beachtung geschenkt (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 161f). Eine große Unterscheidung zwischen den genannten Indikationsmodellen gründet darin, dass beim selektiven Modell Entscheidungen bereits *im Vorfeld der Behandlung* getroffen werden, beim Adaptiven hingegen *innerhalb des Therapieprozesses*. Folgende Zitatauszüge sollen diese

Feststellung untermauern: Selektive Indikationsentscheidungen werden „vor Behandlungsbeginn zugunsten des einen oder anderen Verfahrens getroffen“ (Frohburg 2004, S. 274), wohingegen beim adaptiven Indikationsansatz „das therapeutische Vorgehen ... im Laufe der Behandlung regelgeleitet jeweils definierten störungs-, person- und situationsspezifischen Konstellationen angepasst [wird]“ (Frohburg 2004, S. 274).

Auch Hautzinger und Eckert widmen sich in dem Beitrag „Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie“ (2007) dem Thema selektive vs. adaptive Indikation. Im Zuge dieser Auseinandersetzung verweisen die Autoren auf den in der Vergangenheit an Therapeuten gestellten Anspruch, ihre Behandlungsmodelle folgendermaßen zu erweitern:

„Therapeuten sollen sich ihre Patienten nicht unter dem Gesichtspunkt aussuchen, ob diese den Anforderungen des praktizierten Behandlungsmodells genügen (*selektive* Indikation), sondern Therapeuten sollen jeweils die Methode anwenden, die im Hinblick auf die Erkrankung des Patienten und seine Persönlichkeit erforderlich ist (*adaptive* Indikation).“ (Hautzinger & Eckert 2007, S. 23; Hervorh. v. Verf.)

Diese Aussage deckt sich hinsichtlich der Differenzierung der Begriffe selektiv und adaptiv mit jenen Erläuterungen, die zuvor in Bezug auf die beiden genannten Indikationsmodelle angeführt wurden, jedoch wird hier explizit die Anforderung gestellt, die Selektion bzw. Anwendung passender Methoden sei der Auswahl geeigneter Patienten vorzuziehen. Die Ideologie des adaptiven Indikations- und Handlungsmodells basiert auf der Überzeugung, jeder Therapeut – insofern er ausreichend viele unterschiedliche Interventionsmethoden beherrscht – könne auf diese Weise jedem Klienten gerecht werden. Hautzinger und Eckert unterziehen dieses Postulat einer kritischen Betrachtung, indem sie konstatieren, ein ‚guter‘ Psychotherapeut zeichne sich vor allem dadurch aus, „dass er weiß, für welche Patienten er ein ‚guter‘ Therapeut sein kann und für welche nicht“ (Hautzinger & Eckert 2007, S. 24; Hervorh. v. Verf.) und wenden sich damit der Denkweise des selektiven Indikationsansatzes zu. Außerdem führen die Autoren an, dass Selektion im Rahmen von Psychotherapie keineswegs einseitig passiert, da auch Klienten selektieren (siehe dazu z.B. Manthei 1988), indem sie etwa nach einem Erstinterview keinen weiteren Kontakt mit dem Therapeuten aufnehmen oder die Behandlung vorzeitig abbrechen.

Anhand dieser Schilderungen in Bezug auf selektives Vorgehen auf Therapeutenseite (eine ausführliche Betrachtung folgt im 4. Kapitel) soll aufgezeigt werden, welches wesentliche Element differenzielle Therapieindikation zum Zwecke einer optimalen psychotherapeutischen Versorgung von unterschiedlichen Klienten darstellt. Um diesem Anspruch

gerecht werden zu können, benötigt ein Therapeut, wie bereits am Ende des Kapitels 2.1.2. angeführt, ausreichend Kenntnisse nicht nur über die von ihm gewählte Therapierichtung, sondern auch über die Grundlagen anderer Psychotherapieverfahren, um einem Klienten bei dessen Suche nach einer passenden Therapiemethode hilfreich und kompetent zur Seite stehen zu können.

2.4.2. Modell einer differenziellen Behandlungswahl

Nachdem die Unterschiede zwischen dem selektiven und dem adaptiven Indikationsmodell eingehend erläutert wurden, wird noch kurz ein Blick auf das *Modell einer differenziellen Behandlungswahl* von Beutler und Clarkin (1990) (Abb. 1) – auch „Schulen-unabhängiges Modell des Indikationsprozesses“ genannt – geworfen:

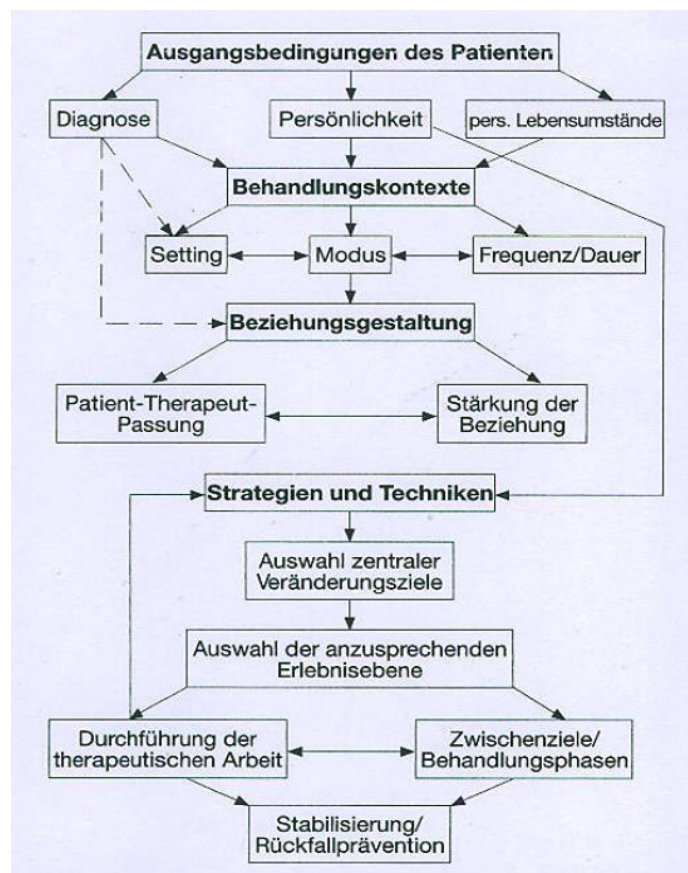


Abb. 1: Modell einer differenziellen Behandlungswahl nach Beutler und Clarkin (1990);
(entn. aus: Kächele & Kordy 2003, S. 428)

Anhand der Erläuterungen in den vorangegangenen Kapiteln ist ersichtlich, welcher schwierigen aber wesentlichen Prozess der Weg einer Indikationsentscheidung darstellt. Es gilt, „eine möglichst optimale Lösung für die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten des Patienten im gerade aktuellen Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten zu finden“ (Kächele & Kordy 2003, S. 436). Dass Handlungsentscheidungen dabei nicht unbedingt einfach zu fällen sind, liegt wohl auf der Hand. Aus diesem Grund haben Beutler und Clarkin ihr „Modell einer differenziellen Behandlungswahl“ (1990) vorgeschlagen, welches auf dem Weg zur Lösungsfindung eine Orientierung darstellen kann. Darüber hinaus stellt das Modell den Versuch einer Anwendung dessen dar, „was wir wissen über ‚wann was für wen wirken kann‘ ... [und zudem einer Förderung der] Anwendung behandlungstechnischer Prozeduren für spezifische Arten von Patienten und Problemkonstellationen“ (Kächele & Kordy 2003, S. 428). Die Autoren Kächele und Kordy (2003) betrachten die technische Ausrichtung dieses Modells – die eher dem amerikanischen Denken zuzuschreiben ist – zwar eher skeptisch, trotzdem erachten sie es als „sehr hilfreich und heuristisch nützlich“ (S. 428), da dieses Modell vier Klassen von Variablen verknüpft (siehe Abb. 1), die im Rahmen von Indikationsüberlegungen eine zentrale Rolle spielen:

- Die Ausgangsbedingungen des Patienten
- Die Behandlungskontexte bzw. der Behandlungsrahmen
- Die Beziehungsgestaltung
- Die Strategien und Techniken

Im Rahmen der Diplomarbeit interessiert vor allem ein Element der Kategorie ‚Beziehungsgestaltung‘, nämlich die Variable *Patient-Therapeut-Passung*, die im nächsten Kapitel einer ausführlichen Betrachtung unterzogen wird. An dieser Stelle sei lediglich darauf hingewiesen, dass die Passung zwischen Therapeut und Klient einen wesentlichen Aspekt im Rahmen psychotherapeutischer Indikationsüberlegungen und -entscheidungen darstellt und daher nicht unberücksichtigt bleiben sollte. Denn wie bereits im Abschnitt 2.2. dargestellt wurde, spielt differenzielle Therapieindikation angesichts der hohen Anzahl therapeutischer Misserfolge eine große Rolle. Zudem kommt es immer wieder vor, dass Klienten die Behandlung vorzeitig abbrechen oder überhaupt ablehnen. Um solchen Therapieabbrüchen oder -misserfolgen vorzubeugen, sollten bestimmte Faktoren der Passung zwischen Therapeut und Klient beachtet werden, weshalb das Augenmerk im nun folgenden Kapitel auf diesen Aspekt gerichtet wird.

3. Der Aspekt der Passung zwischen Therapeut und Klient

Im Zuge des vorangegangenen Kapitels erfolgte – neben Begriffserklärungen, der Darlegung des Ablaufs zur Indikationsentscheidung sowie der Vorstellung differenzieller Indikationsmodelle – eine Auseinandersetzung mit den Gründen für differenzielle Indikation. Auf Basis dieser Beschreibungen wurde deutlich, dass es keineswegs gleichgültig ist, welcher Art von Behandlung respektive Psychotherapie sich ein Patient unterzieht. Laut Befunden der Psychotherapieforschung spielt das Zueinanderpassen bestimmter Faktoren eine zentrale Rolle für den positiven Verlauf und damit für den Erfolg einer Psychotherapie. Diese Parameter der *Passung* werden nun ausführlich dargestellt. Der Definition dieses Begriffes folgt ein Einblick in die literarische Auseinandersetzung mit diesem Merkmal, wobei der Fokus nicht nur auf deutschsprachige, sondern auch auf englischsprachige Literatur gerichtet wird. Anschließend folgt die Darstellung des Aspektes Passung als Fundament therapeutischer Beziehung. Abgerundet wird dieses Kapitel mit der intensiven Auseinandersetzung der Passung in Zusammenhang mit differenzieller Indikation.

3.1. Vorinformationen

Dieses Kapitel widmet sich zuerst der Begriffserklärung des Wortes ‚Passung‘, danach folgt die Darstellung der literarischen Auseinandersetzung mit diesem für die Psychotherapie relevanten Aspekt.

3.1.1. Was bedeutet Passung?

Unter dem, ursprünglich aus dem Bereich der Mechanik kommenden, Begriff *Passung* wird – aus psychologischer Sicht – das *Zueinanderpassen* zweier Personen verstanden. Im Rahmen von Psychotherapie bedeutet dies, „dass zwei Personen ... zu einem Paar werden und zueinander passen müssen, soll denn das Miteinander/das therapeutische Geschehen gelingen ohne Sand im Getriebe als Artefakt“ (Reuther-Dommer, Sattler & Neef 2007, S. 248). Dieser Überzeugung ist auch Eckert (2007), denn für ihn stellt eine gute Passung die Voraussetzung für einen positiven Therapieverlauf dar, und zwar „zwischen dem Therapeuten, seiner

Persönlichkeit und dem von ihm praktizierten Therapieverfahren auf der einen und dem Patienten, seiner Persönlichkeit und seiner Störung auf der anderen Seite“ (S. 244). Die Autoren Cierpka, Orlinsky, Kächele und Buchheim (1997) finden für den Begriff *Passung* die treffende Umschreibung, es müsse „zu so etwas wie einem ‚fit‘ zwischen Therapeut und Patient kommen“ (S. 275). Unter Bezugnahme auf Beutler umschreibt Tscheulin (1992) den Aspekt der Passung als Zusammenstellung von „Klient-Therapeut-Dyaden“ (S. 43). Der Begriff ‚Dyaden‘ leitet sich aus dem Griechisch-Lateinischen ab und bedeutet „‚Zweiheit‘“ (Duden 5, 2001, S. 248) bzw. aus soziologischer Sicht „Paarverhältnis“ (Duden 5, 2001, S. 248).

Stellvertretend für die deutsche Bezeichnung *Passung* wird im Englischen der Ausdruck *matching* verwendet, der als „passend“ (Breitsprecher, Calderwood-Schnorr, Terrell & Morris 1986, S. 681) übersetzt wird. Weiters findet sich für die Formulierung „sie passen ... zusammen“ die Übersetzung: „they form a matching pair“ (Breitsprecher et al. 1986, S. 681) bzw. meint „to ... make a good match“ (Breitsprecher et al. 1986, S. 680), dass jemand oder etwas gut zusammenpasst.

Der Aspekt der Passung kommt zunehmend auch im Zuge von Ausbildungs- und Personalentscheidungen zum Tragen „mit der zentralen Frage, wie man die ‚richtige‘ Person an den ‚richtigen‘ Platz bekommt“ (Reuther-Dommer et al. 2007, S. 248).

Nachdem erläutert wurde, was unter dem Begriff *Passung* zu verstehen ist, folgt eine ausführliche Darstellung der literarischen Auseinandersetzung zur genannten Thematik, wobei zuerst ein Blick auf den englischsprachigen Raum geworfen wird, bevor in weiterer Folge die Überlegungen deutschsprachiger Autoren fokussiert werden.

3.1.2. Literarische Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Passung

Im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit dem Thema *Passung in der Psychotherapie* fällt auf, dass sich englischsprachige Autoren und Autorinnen weitaus früher im Rahmen ihrer Publikationen diesem Aspekt gewidmet haben als ihre Kollegen und Kolleginnen im deutschsprachigen Raum.

Paul beispielsweise, der bereits in Bezug auf differenzielle Indikation als federführend erwähnt wurde, dürfte auch hinsichtlich der Beschäftigung mit dem Aspekt der Passung einer der Ersten gewesen sein, da er seine Leser bereits 1967 mit der *matching strategy* (Norcross 1991, S. 439) konfrontiert. Drei Jahre später befasst sich Gassner (1970) im Zuge ihrer

Publikation „Relationship between Patient-Therapist Compatibility and Treatment Effectiveness“⁵ mit dem Verhältnis der Kompatibilität zwischen Patient und Therapeut und dem Behandlungsergebnis. Sehr ausführlich beschäftigen sich Posthuma und Carr 1975 mit damaligen Forschungsergebnissen, die darauf schließen lassen, „that the matching of ... patient and therapist significantly improves the probability of successful therapeutic process and outcome“⁶ (S. 35). Fast zur selben Zeit untersucht Dougherty (1976) die Effekte der Passung zwischen Therapeut und Klient auf das Therapieergebnis. Ebenfalls in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts wird die Problematik der Passung von Berzins (1977) in Form eines eigenen Kapitels als Teil eines Herausgeberwerkes intensiv bearbeitet, wobei der Autor damals einräumte: „... there is at present no organized body of knowledge that could serve as an effective guide for implementing matching strategies“⁷ (S. 222). Weiters beforscht Gunderson 1978 den Verlauf von Therapieprozessen insofern, als er unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale von Therapeuten mit schizophrenen – in stationärer Behandlung befindlichen – Patienten zusammenführt. Auch in den folgenden Jahrzehnten widmen sich englischsprachige Forscher weiterhin dem Thema *matching*, wobei besonders die Auswirkungen der Passung zwischen Therapeut und Klient auf das Therapieergebnis ins Blickfeld gerückt werden (siehe z.B. Calvert, Beutler & Crago 1988; Talley, Strupp & Morey 1990). Ende der 90er Jahre versucht eine Arbeitsgruppe, Passungskriterien anhand einer Forschungsstudie zu erarbeiten, im Zuge derer eruiert wird, aufgrund welcher Attribute sich alkoholsüchtige Patienten mit einem bestimmten der drei angebotenen Behandlungsverfahren am wohlsten fühlen (Project Match Research Group 1998). In diesem Fall liegt somit das Augenmerk hinsichtlich der Erforschung von Passungszusammenhängen auf einer ganz bestimmten Gruppe von Patienten. Im Jahr 2005 fokussiert Karlsson erneut einen spezifischen Gesichtspunkt in Bezug auf Passung, indem er sich im Rahmen des Artikels „Ethnic Matching between Therapist and Patient in Psychotherapy“⁸ mit ethnischen Aspekten im Hinblick auf die Passung zwischen Therapeut und Klient auseinandersetzt. Bereits vier Jahre zuvor beleuchten Lam und Sue (2001) neben dem ethnischen Gesichtspunkt auch die Kategorien ‚Geschlecht‘, ‚sexuelle Orientierung‘ sowie ‚Milieu‘ und bearbeiteten die Frage, ob eine Passung zwischen Therapeut und Klient bezüglich der genannten Komponenten für

⁵ „Das Verhältnis zwischen der Patient-Therapeut Kompatibilität und der Therapieeffektivität“ (Übersetzung v. Verf.).

⁶ ... „dass das Zusammenpassen von ... Klient und Therapeut die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieprozesses sowie -ergebnisses bedeutend erhöht“ (Übersetzung v. Verf.).

⁷ „... es gibt im Moment noch nicht ausreichend gesammeltes Fachwissen, das als gültiger Leitfaden zur Implementierung von Passungsstrategien fungieren könnte“ (Übersetzung v. Verf.).

⁸ „Ethnische Passung zwischen Therapeut und Patient in der Psychotherapie“ (Übersetzung v. Verf.).

ein positives Therapieergebnis ausschlaggebend ist. Darüber hinaus können Parameter der Passung als ein Element differenzieller Behandlungsstrategien betrachtet werden, wofür laut Stricker (2002) allerdings noch Forschungsbedarf besteht: „The pursuit of ... matching goals and subsequently, differential treatment approaches, is an important issue ... of current psychotherapy research“⁹ (S. 146).

Autoren im deutschsprachigen Raum begannen erst etwas später, das Thema *Passung in der Psychotherapie* literarisch zu bearbeiten. Strauß und Burgmeier-Lohse beispielsweise diskutieren 1995 in ihrem Artikel „Merkmale der ‚Passung‘ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie“. Zwei Jahre später widmen sich Cierpka, Orlinsky, Kächele und Buchheim in den „Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (1997) dem Stellenwert der Passung in Zusammenhang mit dem psychotherapeutischen Einfluss auf die Behandlung von Patienten. Im Jahr 2001 beleuchtet Dührsen den Aspekt der Passung im Hinblick auf eine ganz bestimmte Patientengruppe, indem die Autorin sich „zum Matching bei ambulanter Psychotherapie mit Psychosepatienten“ (S. 51) Gedanken macht. Hertzner (2002) und Geuter (2002) stellen in ihren Artikeln Überlegungen an, „welche Kriterien eine ‚gute‘ Therapie“ (Hertzner 2002, S. 47) ausmachen, von welchen Faktoren der Behandlungserfolg abhängt und inwieweit diesbezüglich das Zueinanderpassen von Therapeut und Klient eine Rolle spielt. Neben Publikationen im Rahmen von Periodika erfolgte eine Auseinandersetzung mit der Passung zwischen Therapeut und Klient auch in Form von Dissertationen. Jene von Münsingen (2004) bzw. von Brandl (2005) seien hier beispielhaft angeführt. Im Jahr 2005 scheint der Aspekt der Passung in der deutschsprachigen Forschungslandschaft breit diskutiert worden zu sein. Boll-Klatt, Bohlen & Schmeling-Kludas (2005) konzentrieren sich in ihrer Arbeit – ebenso wie bereits Strauß und Burgmeier-Lohse 1995 – auf die Passung zwischen Therapeut und Klient im stationären Setting. Mit „ethische[n] Prinzipien in der Psychoanalyse“ beschäftigen sich Ehl et al. (2005), wobei die Autoren anhand des „Vier-Prinzipien-Modell[s] von Beauchamp und Childress“ (S. 573) auch den Faktor der ‚guten Passung‘ einer Diskussion unterziehen. Im selben Jahr finden Parameter der Passung im Zuge der Ausarbeitung der „Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ (N.N. 2005) für das österreichische Gesundheitsministerium Berücksichtigung. Im Zuge der „Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV)“ stellt

⁹ „Das Streben nach ... Passungszielen und darauf aufbauenden differenziellen Behandlungsansätzen stellt ein wichtiges Thema ... für die gegenwärtige Psychotherapieforschung dar“ (Übersetzung v. Verf.).

Schulte (2005) die Erwartungen bzw. Beurteilungen der Patienten hinsichtlich der Passung der Therapie inhaltlich sowie tabellarisch vor. Ebenfalls 2005 erörtert Kriz die Problematiken, die sich in Zusammenhang mit den Grenzen therapeutischer Tätigkeit ergeben können und lässt dabei den Aspekt der Passung nicht außer Acht. Es ist erwähnenswert, dass dieser Artikel „Von den Grenzen zu den Passungen“ eine schriftliche „Nacharbeitung des Leitvortrags am 1. Landes-Psychotherapeutentag Berlin (30. 9. 2004): ‚Grenzen überwinden – Psychotherapeuten können mehr‘“ (Kriz 2005, S. 12) darstellt. Zwei Jahre nach dem genannten Berliner Psychotherapeutentag findet der Aspekt der Passung bei Kriz (2006) im Rahmen der Tagungsdokumentation der ver.di-Fachtagung (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) in Deutschland vom 29. 11. 2006 unter dem Motto: „Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung“ erneut Erwähnung. Auch Eckert (2006) setzt sich in seinem Beitrag „Indikationsstellung“ im Zuge des Kapitels „Differenzielle Indikation“ intensiv mit dem Aspekt der Passung auseinander. Dieser Autor ist außerdem Mitherausgeber des Werkes „Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen“ (Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke 2007), in welchem der Faktor ‚Passung‘ in mehrfacher Weise von verschiedenen Autoren thematisiert wird. In dem im selben Jahr publizierten Beitrag „Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis“ von Reuther-Dommer, Sattler und Neef (2007) wird die Passung „als bedeutendster Faktor für den Therapieerfolg“ (S. 240) bzw. das Therapieergebnis beschrieben und darüber hinaus als wesentliches Element der Qualitätssicherung im psychotherapeutischen Bereich gesehen. Mittlerweile wird das Thema *Passung in der Psychotherapie* nicht mehr lediglich im Forschungsbereich abgehandelt, sondern interessierte und Rat suchende Menschen werden auf Internetseiten, die Informationen über Psychotherapie bereitstellen, auf diesen wesentlichen Aspekt hingewiesen. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, um ein Beispiel zu nennen, betitelt jene Webseite, die auf die genannte Problematik aufmerksam macht, folgendermaßen: „Die richtige Therapieform und der passende Psychotherapeut“ (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, n.d.a, o.S.). Des Weiteren empfiehlt dieser Berufsverband der interessierten Leserschaft, Folgendes zu beachten: „Ebenso wichtig wie die Therapieform ist, dass die ‚Chemie‘ zwischen Ihnen und dem Therapeuten stimmt. Achten Sie auf Ihre innere Stimme“ (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, n.d.a, o.S.). Auf diese Weise werden nicht nur ausgebildete Psychotherapeuten durch das Lesen bestimmter Fachlektüre mit dem Aspekt der Passung vertraut gemacht, sondern diese Thematik wird auch dem potenziellen Klienten vor Augen geführt.

3.2. Passung als Fundament therapeutischer Beziehung

Laut Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) ist die Qualität der therapeutischen Beziehung der Parameter, „der den Therapieerfolg am stärksten determiniert“ (S. 164). Fundamental dafür ist die Stimmigkeit zwischen Therapeut und Klient, die sich Hautzinger und Eckert (2007) zufolge „in der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus[drückt]“ (S. 23). Welche Prozessmerkmale hinsichtlich des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Beziehung Relevanz haben und inwieweit damit in Zusammenhang stehend der Aspekt der Passung eine Rolle spielt, wird in den folgenden beiden Subkapiteln präzisiert.

3.2.1. Die Ansprechbarkeit des Klienten auf das therapeutische Beziehungsangebot

Zum Zwecke eines günstigen Therapieverlaufs ist es von Nöten, dass der Klient das Beziehungsangebot des Therapeuten „zumindest in Ansätzen wahr- und annehmen kann“ (Eckert 2007, S. 242). Dieses Annehmen auf Seiten des Klienten wird in der Fachsprache als *Ansprechbarkeit für das psychotherapeutische Beziehungsangebot* bezeichnet und gilt als Indikator dafür, dass die gewählte Therapieform bei diesem Therapeuten mit großer Wahrscheinlichkeit Erfolg versprechend ist. Darüber hinaus gilt dieses Patientenmerkmal als Voraussetzung „für einen günstigen Therapieverlauf und damit für ein positives Therapieergebnis“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 164). Die Güte dieser therapeutischen Beziehung wird Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) zufolge „wesentlich davon mitbestimmt, dass der Patient für das spezifische therapeutische Handeln seines Therapeuten ‚ansprechbar‘ bzw. ‚aufnahmebereit‘ ist“ (S. 164f). Dies bedeutet, der Klient nimmt die ‚Theorie‘ des behandelnden Therapeuten – die als ‚heimlicher‘ Wirkfaktor im therapeutischen Prozess gilt (vgl. dazu Eckert und Biermann-Ratjen 1990) – an, indem er „die theoretischen Annahmen ... [seines] Therapeuten bezüglich der Entstehung psychischer Störungen und der Wege, die zu ihrer Behebung einzuschlagen sind“ (Eckert & Biermann-Ratjen 2004, S. 204), teilt. Diesbezüglich unterscheiden sich jedoch die verschiedenen Psychotherapiemethoden – und natürlich auch die einzelnen Therapeuten – hinsichtlich ihres Beziehungsangebots weshalb es nicht verwundert, dass sich nicht jeder Klient von jedem psychotherapeutischen Angebot in qualitativ gleicher Weise angesprochen fühlt oder damit möglicherweise nicht erreicht wird. Im Hinblick auf das Beziehungsangebot der Personenzentrierten Psychotherapie bedeutet dies: „Der Therapeut bemüht sich um echte, unbedingt wertschätzende Empathie“

(Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 146). Diese drei Kern- oder Basisvariablen – Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie – bilden das Charakteristikum eines gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots.

Die Autoren Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) sind der Überzeugung, die Orientierung an der Ansprechbarkeit des Patienten für das jeweilige therapeutische Beziehungsangebot stelle „eine gute Leitlinie für die Beantwortung der Frage dar, welche Form von Psychotherapie für welchen Patienten geeignet ist“ (S. 164). Diese Ansicht lässt den Schluss zu, dass durch die Berücksichtigung der Ansprechbarkeit auf Seiten des Klienten ein wesentlicher Beitrag zu differenzieller Indikation geleistet wird. Damit sich dieser wichtige Indikator einstellen kann, bedarf es – neben der Prüfung der Ansprechbarkeit eines Klienten auf das jeweilige Therapieverfahren – einer guten Passung zwischen Therapeut und Klient (Eckert 2007, S. 277), da sonst die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass der Klient von dem vom Therapeuten vermittelten Beziehungsangebot nicht erreicht wird. Auch Eckert und Biermann-Ratjen (2004) postulieren diese Ansprechbarkeit als „wesentliches Element der Passung“ (S. 203), da es für eine tragfähige therapeutische Beziehung unumgänglich ist, dass sich der Klient von dem Behandlungsmodell sowie der Persönlichkeit des Therapeuten angesprochen fühlt und sich folglich auf eine therapeutische Zusammenarbeit einlassen kann.

Im Hinblick auf die ‚Ansprechbarkeit für das therapeutische Beziehungsangebot‘ – ein Parameter, der, wie eben beschrieben wurde, für einen günstigen Therapieverlauf und damit einhergehend ein positives Therapieergebnis maßgeblich ist – spielt somit die Passung zwischen Therapeut und Klient eine wesentliche Rolle. Des Weiteren stellt dieses Zusammenpassen zwischen den Akteuren einer Psychotherapie hinsichtlich des ‚Aufbaus eines therapeutischen Bundes‘ ein wichtiges Element dar. Laut Orlinsky & Howard (1988) spielt dieser therapeutische Bund eine bedeutende Rolle in der Beziehung, die sich zwischen den Personen einer Psychotherapie entwickelt. In Anlehnung an die beiden Autoren wird dieses Prozessmerkmal im Folgenden skizziert.

3.2.2. Der therapeutische Bund

Orlinsky & Howard (1988) beschreiben in dem Artikel „Ein allgemeines Psychotherapiemodell“ (Original: „A Generic Model of Psychotherapy“) fünf Komponenten des therapeutischen Prozesses (S. 284ff). Eines dieser Elemente, nämlich der *therapeutische Bund* (*therapeutic bond*), wird nun einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Die beiden Autoren definieren den therapeutischen Bund als einen bedeutenden „Aspekt der menschlichen Beziehung, der zwischen Patient und Therapeut ... entsteht“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 286). An anderer Stelle wird festgehalten, dass dieser therapeutische Bund über die Patienten- und Therapeutenrollen hinausgeht und „persönliche Qualitäten der Beziehung“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 286) mit einbezieht, die zwischen den Beteiligten entstehen aber auch misslingen können. Im Falle einer positiven Entwicklung unterscheiden Orlinsky & Howard (1988) drei Faktoren des therapeutischen Bundes:

- „(1) die wechselseitige Rollenbeteiligung ... zwischen den Beteiligten;
- (2) ihre empathische Resonanz aufeinander; und
- (3) ihr Gefühl der wechselseitigen Bejahung“ (S. 286f).

Es ist zu betonen, dass diese Aspekte nicht als Charakterzüge der einzelnen Beteiligten verstanden werden, sondern als Beziehungseigenschaften, die miteinander verbunden sind, wobei jeder einzelne Aspekt eine sich entwickelnde Qualität darstellt, „die aus einer Synergie ... zwischen der Art des Patienten und der des Therapeuten [entsteht]“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 287). Während der erste Faktor das persönliche Engagement der im Therapieprozess beteiligten Personen beschreibt, beschäftigt sich die zweite Dimension – die empathische Resonanz – mit der Frage, ob Klient und Therapeut in der Lage sind, „’auf der gleichen Wellenlänge’“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 287) miteinander zu kommunizieren. Der wechselseitigen Bejahung als drittem Faktor geht es um den gegenseitigen Respekt in Bezug auf die Autonomie des Gesprächspartners im Therapieprozess. Diese dritte Dimension wird im englischen Original als „mutual affirmation“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 290) betitelt, weshalb die Überlegung anmutet, dass unter dieser Bezeichnung nicht nur eine respektvolle Haltung zu verstehen ist, sondern auch eine wechselseitige Anerkennung sowie das Annehmen, das Bejahen des Gegenübers – eine Affirmation der anderen Person. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der therapeutische Bund von reziproker Beteiligung am therapeutischen Geschehen und gegenseitiger Annahme der Personen sowie dem ‚Sich-auf-gleicher-Wellenlänge-befinden‘ abhängt.

Dieser soeben beschriebene therapeutische Bund übt direkte Wirkung nicht nur auf den Klienten sondern auch auf den Therapeuten aus und kann sich hinsichtlich der Qualität sehr unterschiedlich entwickeln:

„Wenn die Qualität des Bundes hoch ist oder sich bessert, wird das Ergebnis für beide Beteiligten ein Gefühl echter Verbindung und Bejahung sein. Wenn andererseits die Qualität

des therapeutischen Bundes schwach ist oder sinkt, wird das Ergebnis für beide Beteiligten ein beunruhigendes Gefühl von Fremdheit sein.“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 299)

Bei letzterer Qualitätsbeschreibung scheinen Therapeut und Klient im Hinblick auf den Aufbau eines guten therapeutischen Bundes schlecht *zusammenzupassen*, weshalb sich die drei angeführten Aspekte, die Teil des therapeutischen Bundes sind, nicht ausbilden können, da sie sich – wie bereits erläutert – nach Ansicht der Autoren lediglich infolge positiver Entwicklung dieses Bundes einstellen. Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) sprechen in diesem Zusammenhang von „'inkompatiblen' Persönlichkeiten [sowie von] ... mangelnde[r] Passung (,mismatching')“ (S. 6), wodurch der gewünschte Therapieerfolg ausbleibt. Folglich kommt es nicht „zur Entwicklung einer für jede Form von Psychotherapie erforderlichen vertrauensvollen, effektiven Therapeut-Patient-Beziehung“ (Hoffmann et al. 2008, S. 6; Hervorh. v. Verf.).

In Anlehnung an diese Schilderungen kann festgehalten werden, dass der therapeutische Bund als Basis für die Entwicklung einer tragfähigen Beziehung zwischen Therapeut und Klient relevant ist und somit ein wichtiges Element im Therapieprozess darstellt, da die Qualität der therapeutischen Beziehung ein maßgeblicher Wirkfaktor und zudem die „Grundlage jeder Form von therapeutischem Handeln ist“ (Eckert 2007, S. 244).

Das Patientenmerkmal ‚Ansprechbarkeit für das Beziehungsangebot‘, das als Voraussetzung für die Entwicklung des für den Therapieverlauf relevanten ‚therapeutischen Bundes‘ erachtet werden kann, wird sich in ausreichendem Maße nur dann einstellen, wenn *bestimmte* Passungen zwischen den Akteuren der Psychotherapie vorhanden und diese „hinreichend stimmig sind“ (Eckert 2007, S. 277). Das nun folgende Kapitel erläutert diese Passungen und geht darüber hinaus der Frage nach, inwiefern dieser Ansatzpunkt für differenzielle Indikation von Bedeutung ist.

3.3. Passung als Indikationsfaktor

Bezug nehmend auf Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003) wurde zu Beginn des vorangegangenen Kapitels die Relevanz der therapeutischen Beziehungsqualität betont, da diese für den Therapieerfolg besonders ausschlaggebend ist. Auch Geuter (2002) bzw. Hertzner (2002) akzentuieren die Therapeut-Klient-Beziehung als wichtigsten Faktor für den Erfolg

einer psychotherapeutischen Behandlung. Aus diesem Grund stellt das Zueinanderpassen der beiden Akteure einer Psychotherapie ein wesentliches Element dar, denn „auch wenn für einen Patienten eine ‚ideale‘ Indikation gefunden werden kann, ... ist damit noch nicht sichergestellt, ... ob der Patient ... mit dem Therapeuten ... zurechtkommt“ (Eckert 2007, S. 239).

Am Anfang der differenziellen Therapieforschung gab es laut Eckert und Biermann-Ratjen (2004) kein Wissen über den Aspekt der Passung, wohl aber die Erkenntnis, dass es dringend notwendig sei, mehr darüber in Erfahrung zu bringen. Auch Kächele und Kordy (2003) unterstreichen diese Wissenslücke hinsichtlich der Therapeut-Klient-Passung. Es gibt jedoch ein Modell, das sich ausführlich mit der Passung auseinandersetzt und auf ausreichend Fachwissen beruht, um Anhaltspunkte für die psychotherapeutische Arbeit zu liefern. Dieses Modell wird im folgenden Subkapitel fokussiert.

3.3.1. Vier Faktoren der Passung im „Allgemeinen Modell von Psychotherapie“

Auffallend ist, dass sich ein Großteil der angeführten deutschsprachigen Autoren in deren Abhandlungen zum Thema Passung zwischen Therapeut und Klient auf die vier Passungen nach dem *Allgemeinen Modell von Psychotherapie* von Orlinsky und Howard (1988; siehe auch Orlinsky 1994 bzw. Orlinsky, Grawe & Parks 1994 sowie Orlinsky, Rønnestad & Willutzki 2004) bezieht, welche anhand der folgenden Abbildung visuell dargestellt werden:

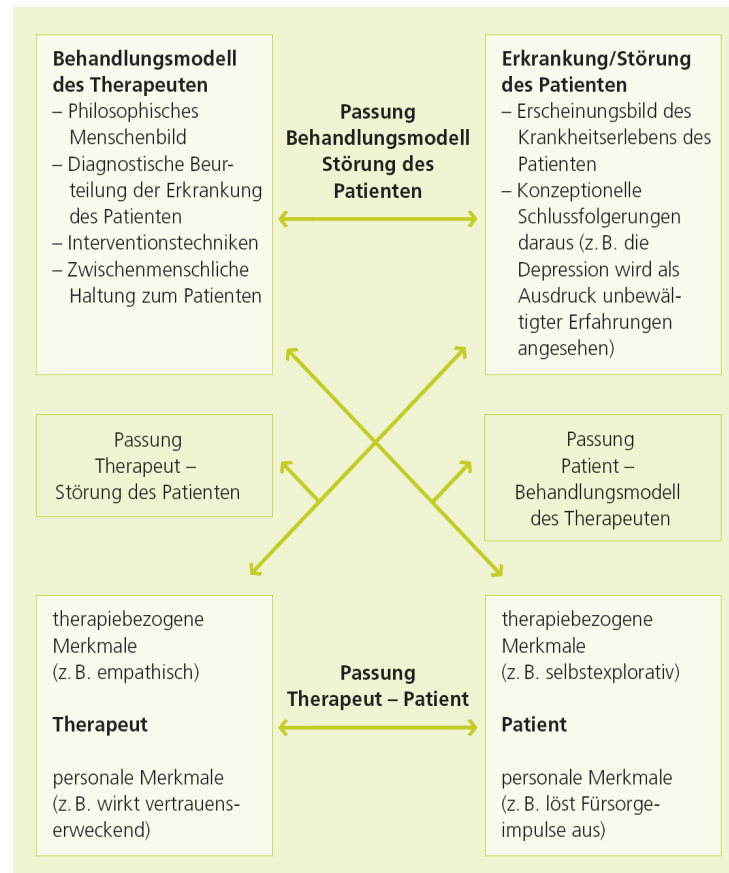


Abb. 2: Die 4 Passungen des Allgemeinen Modells von Psychotherapie (AMP) nach Orlinsky und Howard (1988); (entn. aus: Kriz 2006, S. 30)

Das ‚Allgemeine Modell von Psychotherapie‘ (AMP), welches auf der Basis zahlreicher empirischer Erkenntnisse der Psychotherapieforschung entwickelt wurde (Münsingen 2004, S. 19), hat „als international akzeptierte Lehrmeinung Eingang in die neueren Lehrbücher der Psychotherapie gefunden“ (Frohburg 2004, S. 274). Von diesem „wissenschaftlich begründete[n] Psychotherapiemodell“ (Orlinsky 1994, S. 4) lassen sich die oben angeführten Passungen als Bestandteile des Modells ableiten, wobei deutlich wird, dass Therapeut und Klient „wechselseitig an der Therapie beteiligt sind“ (Orlinsky 1994, S. 7). Diesbezüglich liegt das Augenmerk darauf, das therapeutische Behandlungsmodell mit dem Krankheitsbild des Patienten sowie den Persönlichkeitsmerkmalen von Klient und Therapeut qualitativ bestmöglich abzustimmen, weil diese vier Variablen nicht nur die Grundlage einer therapeutischen Beziehung darstellen, sondern zudem „auf das Ergebnis einer Psychotherapie Einfluss nehmen“ (Eckert 2006, S. 211). Diese Tatsache führte Orlinsky (1994) zu der Hypothese, dass „die besten therapeutischen Resultate erzielt werden, wenn diese vier Faktoren optimal aufeinander abgestimmt sind“ (S. 7). Es handelt sich dabei um

„therapeutisch wichtige Wechselwirkungen“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 180), die als *Passungen* bezeichnet werden. Bezug nehmend auf die Abbildung lauten diese wie folgt:

- Die Passung: Behandlungsmodell des Therapeuten / ‚Erkrankung‘ des Patienten
- Die Passung: Therapeut / ‚Erkrankung‘ des Patienten
- Die Passung: Patient / Behandlungsmodell des Therapeuten
- Die Passung: Therapeut / Patient

Laut Eckert (2006) steht die ‚Ansprechbarkeit‘ des Patienten in erster Linie mit der Passungskomponente ‚Behandlungsmodell des Therapeuten‘ in Verbindung, da diese Kategorie mit dem „anschaulicheren Begriff ‚therapeutisches Beziehungsangebot‘“ (S. 214) gleichgesetzt werden kann (eine ausführliche Beschreibung dieser beiden Passungskomponenten erfolgte bereits im Kapitel 3.2.1.). Auch Orlinsky (1994) schreibt dieser Variable große Gewichtung zu, wobei die *Qualität* dieser therapeutischen Beziehung insbesondere bestimmt wird „durch die Art, wie die Persönlichkeiten von Patient und Therapeut miteinander interagieren und zusammenpassen“ (S. 5). Folglich sollte die ‚Chemie‘ zwischen den Personen einer Psychotherapie stimmen, womit auf die Notwendigkeit der weiteren Modellkomponenten hingewiesen wird. Ist dies nämlich nicht der Fall, wird die von Orlinsky als wichtige Grundlage genannte Passungsübereinstimmung wohl kaum zu einem erfolgreichen Therapieverlauf und in Folge -ergebnis führen. Allerdings gilt nicht als Voraussetzung, „dass der Therapeut seinen Klienten mag“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 14), sondern eine Übereinstimmung der genannten vier Faktoren der Passung sind maßgeblich. Denn kein Psychotherapeut, „gleich welcher theoretischen Orientierung, [wird] einen Patienten erfolgreich behandeln, den er als Person ablehnt“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 165). Eine optimale Passung auf *allen vier Ebenen* wäre somit ein Idealzustand, den zu beachten es sich lohnt zum Zwecke einer förderlichen Therapeut-Klient-Beziehung bzw. der angestrebt werden sollte, um beste Behandlungserfolge zu erzielen.

Basierend auf einem „wachsenden Bestand an Forschungsergebnissen zu den Zusammenhängen zwischen Psychotherapieprozeßmerkmalen und Erfolgsparametern“ (Orlinsky 1994, S. 2) lässt sich Passung in Anbetracht der Tatsache, dass die vier genannten Variablen den Psychotherapieverlauf und das -ergebnis maßgeblich beeinflussen, als bedeutsamer Wirkmechanismus des therapeutischen Prozesses festhalten. Zudem belegen Untersuchungsergebnisse, „dass sowohl die Behandlungsergebnisse als auch der Wechsel zu einem anderen Therapieverfahren von den ‚Passungen von Patient(in) und Therapeut(in)‘

bestimmt werden“ (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, n.d.b, o.S.). Aus diesen Gründen spielt der Aspekt der Passung für den Bereich differenzieller Indikation eine große Rolle, worauf im nächsten Subkapitel eingegangen wird.

3.3.2. Passung als Element differenzieller Indikation

Dieses Subkapitel verfolgt das Ziel, die Zusammenhänge zwischen Passung und differenzieller Indikation in anschaulicher Weise zu verdeutlichen. Zu diesem Zweck soll folgende Leitfrage den Bedeutungsgehalt differenzieller Indikation in Erinnerung rufen: „Welcher Patient mit welcher Störung ist bei welchem Therapeuten mit welchem Behandlungsmodell am besten aufgehoben?“ (Schmelting-Kludas & Wilke 2007, S. 691). Exakt die gleichen vier Dimensionen, die sich in diesem Zitat finden – nämlich der Patient, seine Störung, der Therapeut sowie dessen Behandlungsmodell – sind als die vier Passungskomponenten im AMP von Orlinsky und Howard (1988) angeführt. Nach Eckert (2006) stellt die systematische Beachtung dieser, im vorigen Subkapitel ausführlich beschriebenen, Modellfaktoren „die derzeit wohl am besten fundierte Grundlage für eine differenzielle Indikationsstellung im Bereich Psychotherapie dar“ (S. 211). Auch Reimer (2007a, S. 114) betont – mit Bezugnahme auf Schneider – die Bedeutsamkeit dieser vier Variablen für den Prozess der Indikationsentscheidung. Deshalb sollte jener Teil des AMP, der die Zusammenhänge der vier Passungen beschreibt, im Sinne einer fundierten Indikationsentscheidung nicht außer Acht gelassen werden. Darüber hinaus stellt die Therapeut-Klient-Passung einen Teilaspekt des ‚Modells einer differenziellen Behandlungswahl‘ dar (siehe Kapitel 2.4.2.), welches nach Meinung von Kächele & Kordy (2003, S. 428) Orientierungshilfe für Indikationsprozesse bietet bzw. als Ergänzung zum ‚Allgemeinen Modell von Psychotherapie‘ dienen kann, vor dessen Hintergrund differenzielle Indikationsstellungen auf fundierte Weise möglich sind. Diese beiden Modelle stellen Anhaltspunkte für Psychotherapeuten dar und geben ihnen Leitlinien an die Hand, um das Zusammenspiel zwischen ihnen und ihren Klienten überprüfen zu können, wodurch es in Folge möglich wird, Therapiemisserfolge bzw. -abbrüche zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Unter diesem Gesichtspunkt und zum Zwecke einer differenziellen Therapieindikation bedarf es somit ausreichender Kenntnisse der Indikations- und Wirkprofile anderer Therapieverfahren, um auf Basis dieses Bewusstseins prüfen zu können, ob zwischen einem bestimmten Klienten und dessen spezifischem Leidenszustand auf der einen Seite und einem

bestimmten Therapeuten und dessen Therapierichtung auf der anderen Seite die vier Passungen im Sinne des AMP hinreichend gegeben sind (Eckert et al. 2004, S. 425).

3.3.3. Passungsentscheidung

Die eben beschriebene Vorgehensweise bietet Orientierung dahingehend, die Passung zwischen Therapeut und Klient zu beleuchten. Es stellt sich nun die Frage, wodurch und zu welchem Zeitpunkt die beiden Akteure einer Psychotherapie erkennen, dass sie möglicherweise nicht zusammenpassen, folglich die ‚Chemie‘ zwischen beiden nicht stimmt und sie nicht ‚auf der gleichen Wellenlänge schwimmen‘. Diese Erkenntnis kann sich bereits im Zuge des Indikationsgesprächs einstellen (Informationen zum Ablauf einer Indikationsentscheidung wurden bereits im Kapitel 2.3. präzisiert), was vor allem dann ausschlaggebend ist, wenn der potenzielle Therapeut das Erstinterview mit dem Klienten führt. Werden jedoch probatorische Sitzungen der eigentlichen Psychotherapie vorangestellt, so besteht die Möglichkeit, die Passung während dieser Probesitzungen zu prüfen und erst danach eine Entscheidung für oder gegen eine gemeinsame Psychotherapie zu fällen (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 169). Weiters sind Sympathiegefühle nicht unbedeutend, wie sich bei Kächele & Kordy (2003) zeigt, die bemerken, dass ein Therapeut durchaus bei der ersten Kontaktaufnahme – bevor es zu einer persönlichen Begegnung kommt – bereits den Entschluss fassen kann, mit einem bestimmten Klienten keine Psychotherapie durchzuführen, beispielsweise „wegen rascher negativer subjektiver Indikation des Therapeuten („Mir gefiel seine Stimme am Telefon nicht“)“ (S. 435). Diesbezüglich scheint der erste Eindruck maßgeblich zu sein, allerdings können zum Beispiel auch erst im Therapieprozess bestimmte Themen durch den Klienten zur Sprache gebracht werden, deretwegen die laufende Psychotherapie von Therapeutenseite aus abgebrochen wird. Folgende Kasuistik soll diesen Sachverhalt untermauern:

„Eine Ausbildungskandidatin berichtet über die Therapie eines jungen Behördenangestellten. Dieser habe sie wegen Hemmungen gegenüber Frauen ... aufgesucht. Sie habe in den Erstgesprächen einen sehr guten Kontakt zum Patienten bekommen ... bis der Patient ihr eine Neigung gesteht: Er besucht von Zeit zu Zeit das Studio einer Domina, um sich dort demütigen und auspeitschen zu lassen. Die Therapeutin verliert daraufhin in für sie erschreckendem Ausmaß alle Sympathiegefühle für den Patienten und muss darauf achten, ihre Abscheu nicht allzu deutlich werden zu lassen. Sie hat das Gefühl, dass der Patient nicht mehr zu ihr passt, und dass sie die Therapie wohl nicht zu einem guten Ende bringen kann. Es kommt dann schließlich auch zum Abbruch.“ (Reimer 2007a, S. 119; Hervorh. v. Verf.)

Gefühle der Antipathie können folglich einerseits von Anfang an bestehen, andererseits – wie das Beispiel demonstriert – aufgrund bestimmter Umstände ebenso erst im Verlauf der

Therapie entstehen. Zudem verfügen Therapeuten über persönliche Vorlieben und professionelle Kompetenzen, die im Umgang mit den Klienten nicht unberücksichtigt bleiben sollten. Dieser Gesichtspunkt wird im Zuge des 4. Kapitels ausführlicher behandelt, daher sei an dieser Stelle lediglich darauf hingewiesen.

3.3.4. Mangelnde Passung

Die Schilderungen der vorangegangenen Subkapitel verdeutlichen die Möglichkeit, dass ein bestimmter Therapeut und ein bestimmter Klient nicht gut zusammenpassen. Zum einen besteht in Folge die Möglichkeit, sich gegen eine gemeinsame Psychotherapie zu entscheiden, zum anderen passiert es aber in solchen Fällen trotzdem, dass ein therapeutisches Arbeitsverhältnis zustande kommt. Dieser Zustand *mangelnder Passung* wird von Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) im Rahmen eines „Entwurf[s] zur Einteilung unerwünschter und schädlicher Wirkungen von Psychotherapie“ (S. 6) als ein möglicher unerwünschter Therapieeffekt genannt und als „*mismatching*“ (Hoffmann et al. 2008, S. 6) titulierte. Folgende Annahme führen die Autoren beispielhaft an:

„Der Patient ist prinzipiell für eine Psychotherapie geeignet, die eingesetzte Methode ist prinzipiell indiziert, der Therapeut ist prinzipiell qualifiziert. Dennoch führt das Zusammenspiel vor allem der ‚inkompatiblen‘ Persönlichkeiten nicht zum gewünschten Erfolg. Es kommt nicht zur Entwicklung einer für jede Form von Psychotherapie erforderlichen vertrauensvollen, effektiven Therapeut-Patient-Beziehung. Das dürfte auch die Ursache für die, vor allem in der Anfangsphase, nicht seltenen Therapieabbrüche sein.“ (Hoffmann et al. 2008, S. 6)

Auf diese Inkompatibilität sowie infolge der Nicht-Entwicklung einer essentiellen, auf Vertrauen basierenden Beziehung zwischen Therapeut und Klient wurde bereits im Kapitel 3.2.2. in Bezug auf den Aufbau eines therapeutischen Bundes hingewiesen. Eine weitere Ursache fehlender Passung liegt darin, dass ein bestimmtes Therapieverfahren beim jeweiligen Klient nicht indiziert ist (die Relevanz dieses Indikationsmerkmals wurde zu Beginn der vorliegenden Arbeit im Kapitel 2.1. betont). Hinsichtlich der Nicht-Beachtung eines solchen Anzeichens räumt Eckert (2007) ein, dass manche Psychotherapeuten „Skrupel entwickeln, einen Patienten mit einem dezidierten Therapiebegehren abzuweisen, obwohl absehbar ist, dass ... [die jeweilige Therapiemethode] mit großer Sicherheit nicht helfen wird“ (S. 244). Wenn ein Therapeut solchen Überlegungen jedoch Raum gibt und zu der Einsicht kommt, ein anderes Verfahren sei für diesen bestimmten Klienten wahrscheinlich besser geeignet, so „ist der Psychotherapeut zur Aufklärung gegenüber seinem Patienten verpflichtet.

... [Eine] Begründung der vom Therapeuten gestellten Indikation“ (Reimer 2007b, S. 755) ist somit erforderlich, womit erneut die Notwendigkeit der Kenntnisse bezüglich Arbeitsstile und Wirkprofile anderer Psychotherapiemethoden betont wird, da ohne dieses Wissen eine fundierte Indikationsargumentation nicht möglich ist.

Weitere Gründe für nicht ausreichend oder gar nicht vorhandene Passung können einerseits darin liegen, dass es einem Therapeuten gegenüber einem bestimmten Klienten schwer fällt, das therapeutische Basisverhalten zu verwirklichen, wodurch in Folge das Beziehungsangebot des Therapeuten gefährdet ist. Wie bereits im Subkapitel 3.2.1. erläutert, variiert dieses Beziehungsangebot je nach therapeutischer Orientierung – im Hinblick auf die Personenzentrierte Psychotherapie würde dies bedeuten, dass es einem Therapeuten kaum oder überhaupt nicht gelingt, die genannten drei Basisvariablen Kongruenz, unbedingte Wertschätzung sowie Empathie zu verwirklichen. Andererseits kann es umgekehrt vorkommen, dass ein Patient nicht das „mitbringen“ kann, was für die inhaltliche Arbeit“ (Reimer 2007a, S. 119) der jeweiligen Therapierichtung erforderlich ist, denn die „Foki der Aufmerksamkeit des Therapeuten“ (Eckert 2006, S. 214) sind bei jeder Methode anderes ausgerichtet. Zudem wird einem Klienten je nach Verfahren eine unterschiedliche Art von ‚Mitarbeit‘ abverlangt (tiefenpsychologisches Arbeiten beispielsweise verläuft anders als Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie).

Das Augenmerk auf diese Problematik des „Zusammenpassen[s] von Patienten- und Therapeuteneigenschaften“ (Orlinsky & Howard 1988, S. 305) zu richten lohnt sich insbesondere deshalb, weil laut Eckert (2006) Behandlungen abgelehnt werden sowie Therapiemisserfolge bzw. -abbrüche auftreten, wenn die beschriebenen Passungen „nicht gegeben oder die Merkmale von Therapeut und Patient nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind“ (S. 213). Zudem weist der Autor darauf hin, dass Klienten im Zuge der Befragung zweier Feldstudien „fehlende bzw. unzureichende Passungen im Sinne des AMP“ (Eckert 2006, S. 213) als Gründe für einen Wechsel der Therapiemethode angegeben haben. Diese Sachverhalte illustrieren die Notwendigkeit der Beachtung von Passungskriterien, auf deren Basis negative Therapieverläufe verhindert oder zumindest reduziert werden können. Eine schriftliche Mitgliederbefragung der hessischen Landeskammer für Psychotherapeuten über deren Einschätzungen zur Qualitätssicherungen in der Psychotherapie – durchgeführt im Jahr 2005 – brachte folgendes markante Resultat: „Folgt man der Einschätzung der Mehrheit der antwortenden Kammermitglieder, sollte die Berücksichtigung der ‚Passung‘ in der Strukturqualität der psychosozialen Versorgung einen festen Platz erhalten“ (Reuther-

Dommer et al. 2007, S. 244). Dieses Zitat verdeutlicht, dass neben Wissenschaftlern und Forschern im Bereich der Psychotherapie auch jene, die in diesem Feld praktisch tätig sind, dem Aspekt der Passung große Bedeutung beimessen.

Welche Möglichkeit der Umsetzung im Hinblick auf die soeben präzierte mangelnde oder fehlende Passung besteht, wird im nächsten Kapitel diskutiert.

4. Der selektive Therapeut

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Aspekt der *Selektion auf Therapeutenseite*. Zuerst wird differenziellem Vorgehen im Kontext der Psychotherapie Beachtung geschenkt. Daran anschließend wird die Strategie der Selbstselektion auf Seiten des Therapeuten beleuchtet, danach werden Überlegungen im Hinblick auf das Bewusstmachen persönlicher Kompetenzen und Grenzen fokussiert. Abgerundet wird das Kapitel mit Schlussfolgerungen für die psychotherapeutische Praxis.

4.1. Differenzielles Vorgehen im Kontext der Psychotherapie

In Anlehnung an die Darstellung der Unterschiede bezüglich der Indikationsmodelle adaptiv und selektiv (siehe Kapitel 2.4.1.) werden in diesem Kapitel zwei verschiedene Ansätze differenziellen Vorgehens im psychotherapeutischen Kontext vorgestellt. Im Hinblick darauf vertreten Autoren divergierende Meinungen, die im Folgenden diskutiert werden.

Hutterer befasst sich in dem Artikel „Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen“ (2005) mit differenziellen Ansätzen in der Personen- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapie. Diese Entwicklungen sind nach Ansicht des Verfassers „Antworten auf schwierige Therapiesituationen ... [und] zielen auf eine Erweiterung der therapeutischen Effektivität“ (Hutterer 2005, S. 21). Der Autor stellt in dem genannten Artikel zwei unterschiedliche differenzielle Herangehensweisen im Rahmen von Psychotherapie vor: adaptives Handeln und selektives Vorgehen. Diese beiden konträren Ansätze – Adaptivität vs. Selektivität – werden einander in den folgenden zwei Subkapiteln gegenübergestellt.

4.1.1. Adaptives Handeln als Form differenziellen Vorgehens

Adaptives Handeln auf Seiten des Psychotherapeuten meint die Anpassung an die spezifische Persönlichkeit eines Klienten. Kächele (1992) spricht in diesem Zusammenhang vom „kreativen Therapeuten“ (S. 235), der sich flexibel auf die Bedürfnislage seines Patienten und „dessen Defizienzen“ (Kächele 1992, S. 235) einstellt. Diese Ansicht teilt Tscheulin (1992),

indem er adaptives Handeln – mit Rücksicht auf die „spezifischen individuellen Bedingungen des Klienten“ (S. 47) – als differenzielle Psychotherapie proklamiert. Um diesen Anspruch realisieren zu können, schlägt der Autor den „theoriegeleitete[n] Einsatz von Techniken“ (Tscheulin 1992, S. 48) vor, der auf die jeweilige Art der Beziehung zwischen Therapeut und Patient abgestimmt sein muss. Demgemäß möchte Tscheulin (1992) in Bezug auf differenzielles Vorgehen Folgendes verstanden wissen: „... daß der Therapeut verschiedene Klienten oder Situationen unterscheidet und sich dementsprechend unterschiedlich verhält und unterschiedliche Operationen, d.h. Techniken und Strategien, benutzt“ (S. 100). Dieser Auffassung sind auch Dolan, Arnkoff und Glass (1993), die sich ebenfalls für eine Anpassung an die spezifische Klientenpersönlichkeit aussprechen: „... because clients vary in their interpersonal styles, therapists must adjust their own style to fit the needs of the client“¹⁰ (S. 411). Ebenso sind Beutler und Consoli (1993, S. 417) der Meinung, die therapeutische Haltung solle keine starre Vorgehensweise darstellen, sondern von Interventionen gekennzeichnet sein, die dem jeweiligen Kliententyp angepasst sind.

Es lohnt sich darauf hinzuweisen, dass bereits 1978 das Thema ‚differenzielles Therapeutenverhalten‘ im Sinne adaptiven Handelns im Umgang mit Klienten im Zuge der Dissertation von Lobner einer Diskussion unterzogen wurde. Einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik differenzieller Psychotherapie im Allgemeinen sowie differenzieller Klientenzentrierter Psychotherapie im Besonderen widmete sich Tscheulin 1983 und 1992 mit dem Ziel, dem Uniformitätsmythos, „dem psychotherapeutische Methoden aufsitzen, die ein und dieselbe Behandlungsmethode auf (diagnostisch) unterschiedliche Klientengruppen anwenden“ (Hutterer 2005, S. 22), entgegenzuwirken.

Auch in jüngster Zeit befassen sich Autoren mit der Adaptivität des Psychotherapeuten. Münsingen (2004) beispielsweise spricht sich für eine *differenzielle Beziehungsgestaltung* aus. Um solch eine Beziehung verwirklichen zu können, braucht ein Therapeut – worauf unter Bezugnahme auf Kächele (1992) und Tscheulin (1983, 1992) bereits hingewiesen wurde – die Fähigkeit, „die individuellen Bedürfnisse des Patienten zu erkennen und sein Beziehungsverhalten flexibel auf ... [diese] abzustimmen“ (Münsingen 2004, S. 3). Ferner findet sich diese Forderung der gezielten Abstimmung des therapeutischen Beziehungsverhaltens auf die Bedürfnislage des Klienten bei Brandl (2005) sowie bei Mallinckrodt, Porter und Kivlighan (2005), die sich – in Anlehnung an Ackerman et al. –

¹⁰ „... aufgrund der Tatsache, dass Klienten hinsichtlich ihrer zwischenmenschlichen Ausdrucksweisen variieren, sollten Therapeuten ihren persönlichen Arbeitsstil anpassen, um den Bedürfnissen eines Klienten gerecht werden zu können“ (Übersetzung v. Verf.).

dafür aussprechen, dass sich künftige psychotherapiebezogene Forschungsstudien darauf konzentrieren sollen, therapeutische Techniken sowie Rahmenbedingungen der therapeutischen Beziehung zu ermitteln, die sich dafür eignen, den Bedürfnissen und Anforderungen der Klienten bestmöglich gerecht zu werden.

Zusammenfassend lässt sich mit Tscheulin (1992) sagen: Adaptives Vorgehen bedeutet den „sachkundige[n] und beabsichtigte[n] Einsatz von Techniken“ (S. 52) zum Zwecke der „Maximierung therapeutischer Effektivität“ (S. 47). Jedoch setzt diese adaptive Vorgehensweise „die Bereitschaft des Klienten voraus, sich der Führung des Therapeuten als Experten anzuvertrauen“ (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 162). Diese Tatsache wird von manchen Psychotherapeuten allerdings skeptisch betrachtet. Daher wird im Folgenden eine völlig andere Möglichkeit des individuellen Zueinanderfindens zwischen Therapeut und Klient dargestellt.

4.1.2. Selektives Handeln als Form differenziellen Vorgehens

Hutterer (2005) behandelt – wie zuvor erwähnt – in seiner Abhandlung zum Thema „Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie“ nicht nur den Aspekt der adaptiven Herangehensweise im Sinne einer Anwendung von Interventionstechniken, sondern auch den Gesichtspunkt *selektiven Vorgehens* als Form differenziellen Handelns. Der Autor postuliert die These vom „selektiven Therapeuten“ (Hutterer 2005, S. 37), der dem Handlungsprinzip „auf Basis der Bewusstheit der eigenen Stärken und des eigenen Potenzials sowie der eigenen Grenzen“ (Hutterer 2005, S. 37) folgt. Einen analogen Ansatz verfolgt Frankel (n.d.), indem er vorschlägt, Klienten sollen je nach Problemlage und Störungsbild von jenen Therapeuten behandelt werden, die auf dem jeweiligen Gebiet spezialisiert sind. Des Weiteren weisen Lazarus, Beutler und Norcross (1992) auf die, unter Psychotherapeuten häufig vertretene, Sichtweise hin, „of feeling oneself to be better suited to deal with some patients rather than others“¹¹ (S. 15). Ganz im Gegensatz zu der Auffassung von Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (2003, S. 14), es sei nicht notwendig, dass der Therapeut seinen Klienten mag (siehe Subkapitel 3.3.1.), stehen die Ergebnisse einer Studie, die Lehman und Salovey (1990) beleuchten und die darauf hindeuten, dass es sehr wohl bedeutsam ist, ob ein

¹¹ ... „das Gefühl zu haben, für die Arbeit mit bestimmten Klienten besser geeignet zu sein als mit anderen“ (Übersetzung v. Verf.).

Therapeut seinen Klienten mag oder nicht, da diese Einstellung dessen Erwartungen in den Therapieverlauf sowie das Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten beeinträchtigt.

Diese Schilderungen verdeutlichen die Tatsache, dass Psychotherapeuten unmöglich in der Lage sein können, mit jedem Klienten und jedem Störungsbild therapeutisch optimal zu arbeiten und es daher wichtig wäre, die persönlichen Kompetenzen und Stärken zu reflektieren und „sich selber dort aus dem Spiel [zu] nehmen, wo man nicht erfolgreich sein kann“ (Hutterer 2005, S. 37). In diesem Zusammenhang wirft der genannte Autor folgende These auf:

„Die große Bedeutung konkreter Praxisbedingungen für die ‚Passung‘ und das Zueinanderfinden von Therapeuten und Klienten, wozu auch die Individualität sowohl von Klienten als auch von Therapeuten zählt, führen zu der Folgerung, dass adaptive Strategien zu kurz greifen und durch selektive Strategien ergänzt werden müssen – besser: auf selektive Strategien aufbauen müssen.“ (Hutterer 2005, S. 34)

Laut Hutterer reichen also adaptive Strategien nicht aus, um den individuellen Persönlichkeiten von Therapeuten und Klienten gerecht zu werden, weswegen der Verfasser eine „Strategie der Selbst-Selektion“ (Hutterer 2005, S. 34) vorschlägt, die im Zuge des nächsten Kapitels präzisiert wird.

4.2.Selbstselektion des Therapeuten

„Nicht jeder Patient ‚kann‘ mit jedem Therapeuten“ (Kächele & Kordy 2003, S. 430), respektive ‚kann‘ nicht jeder Therapeut mit jedem Klienten. Eckert (2006) formuliert dies folgendermaßen: „Nicht jeder Therapeut kann jeden Patienten gleich gut behandeln“ (S. 214). Die Autoren Kächele & Kordy (2003) führen an, dass diese Alltagserfahrung in „offiziellen Behandlungstheorien und Ausbildungsplänen im Allgemeinen wenig Beachtung [findet]. Manchmal wird postuliert, dass der Therapeut aufgrund seiner therapeutischen Kompetenzen einen Zugang zu jedem Patienten finden sollte“ (S. 430). In der konkreten Praxis allerdings, so die Autoren weiter, werde dieses Problem durch Selektion geregelt: „Mehr oder weniger reflektiert wählen erfahrene Therapeuten die Patienten aus, mit denen sie erfolgversprechend arbeiten können“ (Kächele & Kordy 2003, S. 430). In umfangreichem Maße findet dieser Aspekt der Selbstselektion bei Hutterer (2005) Erwähnung, der in weiterer Folge veranschaulicht wird.

4.2.1. Selektive Strategien auf Therapeutenseite

Zum Zwecke einer „erfolgreiche[n] Ausübung eines psychotherapeutischen Berufes“ (Hutterer 2005, S. 37) plädiert der zitierte Autor für eine *Strategie der Selbstselektion* auf Seiten des Therapeuten. Diese Vorgehensweise gilt als Maßnahme im Rahmen von „Präventionsvorschlägen zur Vermeidung von unerwünschten Wirkungen“ (Hoffmann et al. 2008, S. 14) – wie Therapieabbrüchen oder -misserfolgen – indem ein Therapeut beispielsweise „die Möglichkeit einer Empfehlung des Behandler- oder des Methodenwechsels“ (Hoffmann et al. 2008, S. 14) in Betracht zieht und sich somit selbst ‚aus dem Spiel nimmt‘. Dies impliziert die Notwendigkeit, als Therapeut zu hinterfragen, ob man mit einem bestimmten Klienten – sei es in Bezug auf dessen Persönlichkeitsbild oder angesichts seiner spezifischen Problemlage – erfolgreich arbeiten können wird. Ähnlich wie Hautzinger und Eckert (2007), die der Ansicht sind, ein ‚guter‘ Psychotherapeut wisse, „für welche Patienten er ein ‚guter‘ Therapeut sein kann und für welche nicht“ (S. 24; Hervorh. v. Verf.), ist auch Hutterer (2005) der Überzeugung, „der beruflich erfolgreiche Psychotherapeut ist nicht der ‚adaptive Supertherapeut‘, sondern der *selektive Therapeut*, der seine Stärken und Grenzen von vornherein berücksichtigt“ (S. 34; Hervorh. v. Verf.). Erst auf diesem Fundament „für eine verantwortungsvolle Praxis“ (Hutterer 2005, S. 34) könnten adaptive Strategien aufbauen. Diesen Grundsatz betont auch Geuter (2002), indem sie anführt: „Was ein Patient benötigt und wünscht, muss zu dem passen, was ein Therapeut anbieten kann“ (S. 46). Psychotherapeuten sollten also reflektieren, ob sie sich die Arbeit mit einem bestimmten Klienten vorstellen können und ob sie das Gefühl haben, für ihn ‚der Richtige‘ zu sein, denn „der wichtigste Faktor für den Erfolg einer Behandlung ... ist die Beziehung zwischen Patient und Therapeut“ (Geuter 2002, S. 46).

Wenn beispielsweise ein Psychotherapeut sein therapeutisches Basisverhalten gegenüber einem bestimmten Klienten nicht verwirklichen kann – in Bezug auf die Personenzentrierte Psychotherapie wären dies die drei Kernvariablen Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie, die im Zuge des Subkapitels 3.2.1. näher erläutert wurden – so sollte er für sich klären, ob eine Zusammenarbeit mit dem Klienten Ziel führend ist, weil sich in Folge wohl kaum eine gute Passung zwischen diesen beiden Personen einstellen wird. Biermann-Ratjen et al. (2003), die sich dem klientenzentrierten Modell zugehörig fühlen, stellen dies in etwas abgeschwächter Form dar: „Der Therapeut muss zumindest in Ansätzen spüren, dass er dem Patienten mit unbedingter Wertschätzung begegnen kann“ (S. 165; Hervorh. v. Verf.). Weiters spielen Kompetenzen und Vorlieben eine Rolle (z.B.: „Menschen mit Essstörungen behandle ich nicht“), die für eine Selbstselektion ausschlaggebend sein können. Ebenso kann

eine rasche negative subjektive „Indikation des Therapeuten („Mir gefiel seine Stimme am Telefon nicht’“ (Kächele & Kordy 2003, S. 435) der Grund für selektives Handeln sein. Diesbezüglich lohnt es darauf hinzuweisen, dass eine eventuelle Selbstselektion vor allem zu Beginn einer potenziellen therapeutischen Arbeitsbeziehung geklärt werden sollte, jedoch kann es auch vorkommen, dass sich erst während eines laufenden Therapieprozesses Bedingungen ergeben, deretwegen ein Therapeut beschließt, „sich aus dem Spiel zu nehmen“ und die Therapie abubrechen, wie dies im Rahmen des Subkapitels 3.3.3. beispielhaft angeführt wurde.

In Zusammenhang mit den Überlegungen bezüglich selektiver Strategien spricht Hutterer (2005) – sozusagen als Pendant zur ‚Ansprechbarkeit des Klienten für das therapeutische Beziehungsangebot‘ – von einer „Ansprechbarkeit von Praktikern für bestimmte Klienten-Persönlichkeiten, Störungen oder Problemlagen“ (S. 35), die zu berücksichtigen es gilt zum Zwecke einer förderlichen Therapeut-Klient-Beziehung. Diese „Ansprechbarkeit des Psychotherapeuten für einen Klienten ist eine Erfahrung im unmittelbaren Kontakt mit dem Klienten und vollzieht sich auf der Ebene der emotionalen Resonanz“ (Hutterer 2005, S. 35). Dieses Zitat lässt den Schluss zu, dass ein Therapeut nicht von Anbeginn seiner Berufsausübung weiß, für welche Kliententypen er ‚ansprechbar‘ ist, sondern diese Erkenntnis baut sich auf Erfahrungen im direkten Umgang mit den Klienten auf. Diesbezüglich prägt natürlich auch der Klientenkontakt während der Ausbildungsjahre. Zudem erfordert die Wahrnehmung dieser Ansprechbarkeit dem Autor zufolge sowohl Selbstbeobachtung als auch Selbstreflexion in Bezug auf die eigene individuelle Therapeutenpersönlichkeit (Hutterer 2005, S. 35). Es braucht somit eine Bewusstheit der persönlichen Stärken und Schwächen, mit der sich das nächste Subkapitel auseinandersetzt.

4.2.2. Bewusstwerdung persönlicher Grenzen

Bereits zu Beginn der Diplomarbeit wurde deutlich gemacht, dass die persönlichen Kompetenzen und Vorlieben von Therapeuten im Zuge von Indikationsstellungen immer mehr Beachtung finden. Jedoch verfügen Psychotherapeuten nicht nur über Stärken sondern stoßen im Hinblick auf ihre therapeutische Arbeit auch an Grenzen.

Zuvor wurde unter Bezugnahme auf Hutterer (2005) der ‚selektive Therapeut‘ erwähnt, „der seine Stärken und Grenzen von vornherein berücksichtigt“ (S. 34). Mit dieser Auffassung

konsentieren auch Cierpka et al. (1997): „Gute Therapeuten müssen nicht nur herausfinden, was sie gut können, sondern auch was sie weniger gut können“ (S. 275). Exakt dasselbe Zitat findet sich bei Orlinsky (1994), der noch Folgendes ergänzt: „Sie [die Psychotherapeuten; Anm. v. Verf.] müssen lernen, ihre jeweiligen individuellen Grenzen zu akzeptieren“ (S. 8). Es gilt also, die eigenen Kompetenzen in Erfahrung zu bringen und diese auch anzunehmen. Des Weiteren betont Geuter (2002) die Beachtung der persönlichen Präferenzen: „... als Therapeut muss ich mir überlegen, welche Art der Arbeit mir liegt, abgesehen davon, welche ich beherrsche. Ich kann nicht mit Patienten arbeiten, die etwas ganz anderes benötigen oder wünschen“ (S. 46). Ein Psychotherapeut sollte folglich seine Stärken und Schwächen kennen und seine Fähigkeiten bestmöglich einsetzen, sodass er mit seinen individuellen Kompetenzen und Vorlieben zum jeweiligen Klienten – zu dessen Persönlichkeit und Problemlage oder Störungsbild – passt, da die Passung ein wichtiges Kriterium für einen positiven Therapieverlauf und damit für ein erfolgreiches Therapieergebnis ist.

Zusammenhängend mit der Bewusstmachung der eigenen Stärken und Schwächen stellt sich die Frage, wie ein Therapeut dieses „Wissen um eigene Einschränkungen und Grenzen“ (Hoffmann et al. 2008, S. 9) erwirbt. Diesbezüglich spricht sich Eckert (2006) dafür aus, „dass Therapeuten schon während ihrer Ausbildung erkennen lernen sollen, welche Störungsbilder ihnen Probleme machen, ... das therapeutische Beziehungsangebot in der erforderlichen Art und Weise aufrecht zu erhalten“ (S. 214). Um diese Erkenntnis gewinnen zu können, benötigen Psychotherapeuten Cierpka et al. (1997) zufolge ein „Wissen über ihre eigene Persönlichkeit, über ihr eigenes philosophisches Menschenbild ..., damit sie lernen können, mit welchen Patienten sie besonders gut und mit welchen sie besonders schlecht arbeiten können“ (S. 275). Dieses Wissen eines Therapeuten über seine Kompetenzen und Grenzen, das zum einen durch Selbsterfahrung, zum anderen durch Supervision erworben wird, sollte im Sinne einer fundierten Indikationsstellung Berücksichtigung finden (Eckert 2006, S. 214).

Im Hinblick auf diese selektiven Prozesse ist es notwendig, dass Psychotherapeuten herausfinden, mit welchen Kliententypen und vor allem mit welchen Problemlagen und Störungsbildern sie gut arbeiten können und mit welchen nicht. Anhand solcher Maßnahmen lassen sich Passungskriterien leichter erfüllen, die zum Zwecke einer förderlichen Therapeut-Klient-Beziehung und eines positiven Therapieverlaufes unabdingbar sind.

Abschließend sei – neben der Wahrnehmung und des Erkennens von Stärken und Schwächen im Rahmen professionellen therapeutischen Wirkens – noch auf folgendes Merkmal hingewiesen, welches die „Einschränkungen, die sich aus der ganz spezifischen Interaktion bzw. Konstellation zwischen den beteiligten Personen ergeben [können]“ (Reimer, Eckert, Hautzinger & Wilke 2007, S. 743), mit einbezieht: „Da Psychotherapie immer auch eine *persönliche Beziehung* zwischen dem Therapeuten und seinem Patienten beinhaltet, persönliche Beziehung sich aber nicht ‚verordnen‘ lässt, sind auch hierdurch Grenzen gegeben“ (Reimer et al. 2007, S. 738).

4.3. Fazit für die psychotherapeutische Praxis

Anhand der Definitionen zum Thema ‚differenzielle Indikation in der Psychotherapie‘ wurde aufgezeigt, dass nicht nur auf eine Abstimmung zwischen dem Störungsbild des Klienten und dem Behandlungsmodell des Therapeuten geachtet werden soll, sondern ein wesentliches und nicht außer Acht zu lassendes Merkmal liegt darin, zu prüfen, ob die Persönlichkeiten der beiden Personen, die im Rahmen einer Psychotherapie intensiv miteinander arbeiten, zueinander passen und ob eine Stimmigkeit zwischen ihnen beiden besteht. Die genannten Begriffsbestimmungen in Bezug auf differenzielle Indikation weisen ebenso wie die Erklärungen zum ‚Passungsmodell‘ von Orlinsky & Howard (1988) allesamt darauf hin, wie wichtig und notwendig es ist, das Kriterium ‚*welcher Patient mit welchem Therapeuten*‘ zu beachten. Aus diesem Grund erscheint eine ‚Strategie der Selbstselektion‘ auf Therapeuten-seite mehr als sinnvoll, da im Zuge selektiven Handelns dem Aspekt der Passung Aufmerksamkeit geschenkt wird und diese Vorgehensweise somit den Ansprüchen differenzieller Indikation gerecht wird.

Am Ende des Subkapitels 3.1.2. wurde die Informationsseite des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen zitiert, auf der potenziellen Klienten der Rat gegeben wird, bei der Wahl der Therapieform insbesondere auf die ‚innere Stimme‘ zu achten und darauf, ob die ‚Chemie‘ zwischen ihnen und dem Therapeuten stimmt (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, n.d.a, o.S.). Solche selektiven Überlegungen gelten nicht nur für Klienten, auch Therapeuten sollten sich Gedanken darüber machen, wo die Kompetenzen und Grenzen ihres therapeutischen Wirkens liegen (siehe Subkapitel 4.2.2.).

Außerdem spielt das ‚persönliche ‚intuitive Geschick‘ von Patient und Therapeut [eine Rolle], sich das jeweils passende ‚Gegenüber‘ auszuwählen“ (Kächele und Kordy 2003, S. 431). Dies darf allerdings nicht so drastisch verstanden werden, als müsse ‚der Schlüssel ins Schloss passen‘, jedoch sollte eine Stimmigkeit zwischen Therapeut und Klient gegeben sein. Im Hinblick auf selektives Vorgehen ist zu betonen, dass ein um Reflexion bemühter Therapeut nicht nur auf seine ‚innere Stimme‘ hört und seinem ‚persönlichen intuitiven Geschick‘ Raum gibt, sondern er baut seine Überlegungen auf Erfahrungen im Umgang mit Klienten auf. Analog zu der Tatsache, dass nicht „jedes einzelne Behandlungsmodell bei allen Persönlichkeitstypen gleich wirksam“ (Orlinsky 1994, S. 7) sein kann, scheint auch die Annahme plausibel, dass es keinen Therapeuten gibt, der mit seinem therapeutischen Wirken dem gesamten Spektrum an Störungsbildern und Problemlagen gerecht werden kann. Es gibt keinen ‚perfekten‘ Therapeuten, der sozusagen als ‚Supertherapeut‘ jedem Kliententyp erstklassig und in professionell bestmöglicher Weise zur Verfügung stehen kann. Jeder Therapeut wird im Laufe seiner therapeutischen Tätigkeit mit Versagensmomenten konfrontiert werden und Einschränkungen erleben. Diese Unvollkommenheit kann aber durchaus „als Bestandteil produktiver therapeutischer Arbeit“ (Kottler & Blau 1991, S. 5) gesehen werden, wenn sich Therapeuten bewusst machen und vor allem akzeptieren, wo ihre Stärken und Schwächen liegen und diese entsprechend einsetzen. Denn nur auf einer Basis, die von authentischer Selbsteinschätzung und Selbstreflexion geprägt ist, sind fundierte Indikationsstellungen im Sinne einer förderlichen Therapeut-Klient-Beziehung möglich (siehe dazu: „Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit“ von Brühlmann-Jecklin 2002).

Zusätzlich zur Kenntnis der eigenen Persönlichkeit sowie der eigenen Kompetenzen und Grenzen sollten Psychotherapeuten über Kenntnisse in Bezug auf die Arbeitsweisen und Wirkprofile konkurrierender Therapiemethoden verfügen, damit Indikationsentscheidungen zu Gunsten des Klienten gefällt werden können. Denn ein Psychotherapeut, „der nur seine Schule sieht und bevorzugt, [wird] hinsichtlich seiner Wahrnehmung differenzieller Indikationsbereiche eingeengt sein“ (Reimer 2007b, S. 756). Auf diese Einengung hinsichtlich alternativer Behandlungsmöglichkeiten weist auch Fiedler (1994) explizit hin:

„Leider ist es bis heute so, daß mit dem Eintritt in die Praxis eines Psychotherapeuten die *Indikationsfrage* (also *wie die Behandlung aussehen sollte*) weitgehend entschieden ist. Psychotherapeuten sind in der Regel bestimmten Therapieschulen verpflichtet. Und in dieser Schulenorientierung herrscht nach wie vor ein eigenwilliger ‚Omnipotenz-Anspruch‘. Das heißt (etwas überzeichnet): Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten oder Gesprächspsychotherapeuten halten sich per se und grundsätzlich für zuständig. ... Und dies begründet

sich daraus, daß sie die möglichen Alternativen *nicht* oder *nicht ausreichend* kennen. Mit den Vorteilen der alternativen Therapieverfahren kommen sie nämlich in ihrer schulorientierten Psychotherapieausbildung nicht oder nur selten in Berührung. ... Und genau deshalb ist es denn heute fast immer so, daß einem Patienten – ist er endlich bei einem Psychotherapeuten angekommen – in aller Regel empfohlen wird, *die* Form der Psychotherapie zu absolvieren, die *dieser* Therapeut beherrscht. Die Frage, ob die Überweisung an einen Fachkollegen nicht möglicherweise die bessere Behandlungsalternative eröffnen könnte, kann von diesem Therapeuten ... zumeist nur dahingehend beantwortet werden, ob es einen *Kollegen der gleichen Therapieschule* gibt, der sich mit den spezifischen Problemen des Patienten besser auskennt. Nur höchst selten wird in der Praxis gefragt, ob nicht *ein anderes Therapieverfahren* ... den besseren Erfolg versprechen könnte.“ (S. 21f)

Zum Zwecke differenziellen Handelns in Form von selektivem Vorgehen ist Fiedler (1994) zufolge eine Abkehr des eben beschriebenen „methodenblind[en]“ (S. 22) Denkens und Arbeitens erforderlich, um Klienten eine kompetente Beratung zukommen zu lassen, im Zuge derer nicht nur das eigene Verfahren, sondern auch andere Therapieschulen in Betracht gezogen werden. Solche Maßnahmen bedürfen einer Einstellung, bei der ‚über den Tellerrand‘ geschaut wird und ermöglichen, die „Gräben zwischen den einzelnen Therapieschulen“ (Ambühl, Orlinsky & SPR Collaborative Research Network 1997, S. 290) überbrückbar zu machen. Damit zusammenhängend äußern sich Hautzinger und Eckert (2007) wie folgt: „Ein ‚guter‘ Therapeut verfügt nicht nur über ausreichend Kenntnisse von anderen Psychotherapieverfahren, sondern er schätzt auch die Möglichkeiten, die diese für bestimmte Patienten bereithalten“ (S. 24; Hervorh. v. Verf.). Basierend auf einer dadurch gekennzeichneten Haltung ist eine differenzielle, Schulen-ungebundene (siehe Subkapitel 2.4.2.) Therapieindikation möglich.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass „keine Form der Psychotherapie ... ihrer immanenten Verpflichtung enthoben [ist], sich einer anhaltenden Analyse ihrer ... Schwachstellen zu unterziehen“ (Hoffmann et al. 2008, S. 14). Dieser Forderung sollten Psychotherapeuten nicht nur hinsichtlich des Verfahrens, dem sie sich zugehörig fühlen, nachkommen, sondern es bedarf zudem einer ständigen Selbstreflexion bezüglich der eigenen, persönlichen Stärken und Schwächen und in Folge der Anwendung selektiver Strategien in jenen Fällen, in denen ein Therapeut mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erfolgreich sein wird.

Der theoretische Teil der vorliegenden Diplomarbeit schließt mit den Worten von Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008), die den angeführten Erläuterungen in Zusammenhang mit selektivem Vorgehen Gewicht verleihen: „Erfolge werden sich von allein herumsprechen, aber ... Schwächen mit einiger Verzögerung auch“ (S. 14).

5. Die wissenschaftliche Arbeitsmethode

Neben der theoretischen Auseinandersetzung in den bisherigen Kapiteln sollen insbesondere die Ergebnisse des empirischen Teils dieser Diplomarbeit einen wesentlichen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage liefern, indem auf der Basis praktischer Erfahrungen der Untersuchungsteilnehmer – die im Subkapitel 5.1.2. näher vorgestellt werden – der Forschungsgegenstand erschlossen wird. In Anbetracht des explorativen Charakters und der ermittelnden Funktion qualitativer Untersuchungen, im Zuge derer die subjektiven Sichtweisen der Beteiligten im Mittelpunkt des Interesses stehen, wurde für die Ausarbeitung des Empirieteils dieser Zugang gewählt, der nun ausführlich erläutert wird. Jedes der folgenden Kapitel setzt sich mit einem der drei im Forschungsprozess relevanten Stadien auseinander: *Erhebung*, *Aufbereitung* und *Auswertung* des Datenmaterials, wobei jeweils erklärt wird, welches Erhebungsinstrument, welche Aufbereitungstechnik und welche Auswertungsmethode als passend erachtet wurde.

5.1. Erhebungsinstrument: Das Experteninterview

Zum Zwecke der Informationsgewinnung in Bezug auf die Beantwortung der gewählten Forschungsfrage kam das Experteninterview als qualitative Erhebungsmethode zur Anwendung. Hierbei handelt es sich nicht um ein spezielles Interviewverfahren, sondern die Besonderheit dieser Art von Befragung liegt darin, dass *Experten* hinsichtlich eines spezifischen Erkenntnisinteresses interviewt werden. Auf diese Weise lässt sich „auf das mittels Interviews erhobene Wissen spezifischer, für das Fach- und Themengebiet als relevant erachteter Akteure zurückgreifen“ (Bogner & Menz 2005a, S. 7). Das zugrunde liegende Forschungsinteresse zielt somit ab auf „die Rekonstruktion ... von besonders exklusivem, detailliertem oder umfassendem Wissen über besondere Wissensbestände und Praktiken“ (Pfadenhauer 2005, S. 113). Im Rahmen von Experteninterviews stellt nicht – wie bei anderen Formen von Interviews, beispielsweise dem narrativen oder dem biographischen – die „Gesamtperson den Gegenstand der Analyse“ (Meuser & Nagel 2005, S. 72) dar, sondern den zu beforschenden Kontext bildet ein „organisatorischer oder institutioneller Zusammenhang, so dass nur bestimmte Ausschnitte individueller Erfahrungen in den Mittelpunkt der Befragungen gerückt [werden]“ (Bogner & Menz 2005a, S. 22). Diese Beschreibung

verdeutlicht, dass der Fokus nicht auf den Einzelfall gerichtet wird, sondern „das gemeinsam geteilte Wissen der Experten, ... [die] als Funktionsträger innerhalb des untersuchungsrelevanten Organisationskontextes“ (Bogner & Menz 2005a, S. 22) agieren, ist das Ziel der Untersuchung. Diese Kenntnisse eines Experten beziehen sich „auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld“ (Bogner & Menz 2005b, S. 46) und werden daher als Praxis- oder Handlungswissen definiert. Zusätzlich zu der Tatsache, dass eine Person als Experte innerhalb jenes Bereiches, in welchem sie ihre Profession ausübt, fungiert, erfolgt somit die „Etikettierung einer Person als Experte“ (Meuser & Nagel 1997, S. 486) aufgrund des speziellen Erkenntnisinteresses des Forschers, dem eine gezielte Fragestellung zugrunde liegt. Die auserwählten Experten werden „als ‚Kristallisationspunkte‘ praktischen Insiderwissens betrachtet und stellvertretend für eine Vielzahl zu befragender Akteure interviewt“ (Bogner & Menz 2005a, S. 7). Im Vordergrund der Erkenntnisgewinnung steht zum einen „das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen“ (Bogner & Menz 2005b, S. 37) der Interviewpartner, zum anderen bezeichnen subjektive Handlungsdimensionen und „implizite Entscheidungsmaximen der Experten aus einem bestimmten fachlichen Funktionsbereich ... den Ausgangspunkt der Theoriebildung“ (Bogner & Menz 2005b, S. 38). Für den Forscher stehen folglich die auf Erfahrung beruhenden und auf dem jeweiligen Handlungskontext basierenden persönlichen Kenntnisse der Experten im Mittelpunkt des Interesses.

Anhand dieser Schilderungen wird deutlich, dass das Experteninterview den *ermittelnden* Interviews zuzurechnen ist, „bei denen der Befragte als Träger abrufbarer Informationen, die den Forscher interessieren, verstanden wird“ (Lamnek 2005, S. 332). Ermitteln Interviews sind gekennzeichnet durch den einseitig gehaltenen Informationsfluss zwischen Befragtem und Interviewer. Koolwijk (1974, S. 16) teilt diese Interviewform in drei Untergruppen: das informatorische, das analytische und das diagnostische Interview. Experteninterviews werden der erstgenannten Gruppe zugeordnet, die „der deskriptiven Erfassung von Tatsachen aus den Wissensbeständen der Befragten [dient]“ (Lamnek 2005, S. 333).

Charakteristisches Merkmal von Experteninterviews ist die Orientierung an einem Leitfaden, wie das folgende Subkapitel zeigt.

5.1.1. Das leitfadenorientierte Interview

In der Terminologie von Trinczek gesprochen, besteht unter empirisch Forschenden „eine Art ‚stillschweigender Konsens‘ ... darüber, dass unter einem Experteninterview ein ‚Leitfadeninterview‘ zu verstehen sei“ (Trinczek 2005, S. 209). Im Hinblick auf die Durchführung der Experteninterviews wurde deshalb die leitfadengestützte offene Interviewform als Erhebungsdesign gewählt (der Interviewleitfaden befindet sich in Anhang I). Diese Vorgehensweise gewährleistet zweierlei: Das Prinzip der Offenheit ermöglicht eine flexible Interviewführung und gibt der interviewten Person die Möglichkeit, innerhalb eines bestimmten Themenkomplexes über ihre beruflichen Erfahrungen zu berichten. Darüber hinaus läuft der Forscher aufgrund der thematischen Vorstrukturierung in Form eines Leitfadens nicht Gefahr, dem Experten „als inkompetenter Gesprächspartner [zu begegnen bzw. das Wissen dieser Person] ... nicht umfassend zu erheben“ (Meuser & Nagel 1997, S. 486). Diese Art der Interviewdurchführung setzt „ein gewisses Vorverständnis des Untersuchungsgegenstandes“ (Friebertshäuser 1997, S. 375) auf Seiten des Forschers voraus, der auf diese Weise als Co-Experte fungiert, mit dem der interviewte Experte „Wissen und Informationen über das betreffende Fachgebiet austauscht. Der Befragte setzt einen gemeinsam geteilten Vorrat an Kenntnissen und Wissen voraus, auf den zurückgegriffen werden kann, ohne diesen im Detail explizieren zu müssen“ (Bogner & Menz 2005b, S. 50). Auch für Pfadenhauer (2005) ist die Aneignung „thematischer Kompetenz seitens des Interviewers *vor* der Durchführung des Experteninterviews“ (S. 125) konstitutiv für dieses Erhebungsverfahren. Außerdem ermöglicht eine leitfadenorientierte Interviewführung eine Vergleichbarkeit der Interviewtexte – dies ist für die Auswertung und daran anschließende Darstellung der Untersuchungsergebnisse von zentraler Bedeutung.

Leitfadeninterviews zählen zu der Gruppe qualitativer Interviews, die sehr ausführlich den Befragten zu Wort kommen lassen. Die interviewte Person „ist nicht nur Datenlieferant, sondern ... determiniert als Subjekt das Gespräch“ (Lamnek 2005, S. 351). Hierbei wird zwischen nicht- oder teilstandardisierten Formen unterschieden. Letztgenannte Art soll ausdrücken, „dass es auch bei nichtstandardisierten Interviews gewisse Vorgaben für den Interviewer geben kann“ (Gläser & Laudel 2004, S. 39), wie dies bei Experteninterviews aufgrund des im Vorfeld entwickelten Leitfadens (vorgegebene Themen in Form einer Frageliste) der Fall ist. Aufgrund der Orientierung an diesen Fragen wird das Leitfadeninterview den *teilstandardisierten* qualitativen Interviews zugerechnet, die das Ziel verfolgen, Sachverhalte zu explorieren und Bezugssysteme der Befragten zu erschließen (Lamnek 2005,

S. 342). Um die Offenheit – ein Charakteristikum qualitativer Interviews – trotz vorformulierter Fragen dennoch zu gewährleisten, wird auf jegliche Einschränkung sowohl bei der Formulierung der Fragen als auch im Hinblick auf die Antworten verzichtet. Demnach gibt es weder eine Vorgabe von Antwortmöglichkeiten noch ein Einordnen in ein Antwortschema, sondern die Befragten werden anhand der offen gehaltenen Fragen oder Erzählaufforderungen, deren Formulierungen so gewählt werden müssen, dass keine Einflussnahme auf den Inhalt der Antworten ausgeübt wird, zu lebensnahen und detaillierten Antworten angeregt. Im Vordergrund stehen die subjektiven Meinungen und Erfahrungen der Interviewten. Auch ein chronologisches ‚Abarbeiten‘ der Leitfragen soll vermieden werden, vielmehr wird die „Fragenpalette“ (Friebertshäuser 1997, S. 375) dem jeweiligen Gesprächsverlauf angepasst, wodurch sich ad hoc Zwischenfragen ergeben können. Aus diesem Grund stellt der Interviewleitfaden lediglich „eine Richtschnur [dar], die die unbedingt zu stellenden Fragen enthält“ (Gläser & Laudel 2004, S. 40) und dient als „Handlungsanleitung bei der Datenerhebung“ (Gläser & Laudel 2004, S. 89). Dieses Fragengerüst bietet dem Interviewer Entscheidungsfreiheit dahingehend, „welche Frage wann in welcher Form gestellt wird“ (Gläser & Laudel 2004, S. 138). Die Ausarbeitung des Interviewleitfadens basiert auf theoretischen Vorüberlegungen, mit denen sich der Theorieteil dieser Arbeit auseinandersetzt, sowie auf der der Diplomarbeit zugrunde liegenden Forschungsfrage. Die im Leitfaden enthaltenen Fragen, die nach inhaltlich zusammengehörigen Themen angeordnet sein sollten, sind „auf das Untersuchungsfeld gerichtet und versuchen, die Informationen zu benennen, die erhoben werden müssen. Leitfragen charakterisieren das Wissen, das beschafft werden muss, um die Forschungsfrage zu beantworten“ (Gläser & Laudel 2004, S. 88).

5.1.2. Experten als Interviewpartner

In Bezug auf den Status von Experten unterscheiden Meuser und Nagel (2005) zwei verschiedene Arten: Zum einen gibt es Experten, die sich außerhalb des Handlungsfeldes befinden und von dieser Perspektive aus dazu Stellung nehmen, andererseits können Experten natürlich auch „selbst Teil des Handlungsfeldes ... [sein], das den Forschungsgegenstand ausmacht“ (S. 73). Im Fall der vorliegenden Diplomarbeit orientiert sich das Erkenntnisinteresse an dem zuletzt genannten Expertenstatus. Aus diesem Grund wurden zehn Personen- bzw. Klientenzentrierte Psychotherapeuten für die Datengewinnung rekrutiert, um Informationen aus deren beruflichem Umfeld zu eruieren, die als Basis für die Beantwortung der gewählten Fragestellung dienen.

Die Auswahl der Interviewpartner und -partnerinnen erfolgte mittels Internetrecherche. Folgende Suchkriterien waren dabei ausschlaggebend:

- Auflistung in der Psychotherapeutenliste des Bundesministeriums
- Zugehörigkeit zum personen- oder klientenzentrierten psychotherapeutischen Ansatz
- Hochschulabschluss (Magister- oder Doktoratsstudium)

Das erste Auswahlkriterium sollte gewährleisten, dass die Experten auf eine gewisse Anzahl an Berufsjahren zurückblicken können, womit dem Status als Spezialist Gewicht verliehen werden sollte. Merkmal zwei hat rein praktische Funktion aufgrund der Tatsache, dass sich der Untersuchungsgegenstand der Diplomarbeit auf die Gesprächspsychotherapie beschränkt. Mit dem dritten Kriterium wurde ob der eigenen universitären Laufbahn eine positive Einstellung zu wissenschaftlichem Arbeiten und somit eine Zustimmung zur Mitarbeit erhofft.

Die per Internetsuche ausgewählten Therapeuten und Therapeutinnen erhielten zum Zwecke der ersten Kontaktaufnahme eine E-Mail (siehe Anhang I), in der das Forschungsanliegen – inklusive relevanter Informationen zum Thema der Diplomarbeit – vorgestellt wurde mit dem Verweis, dass sich die Forscherin per Telefon bei der jeweiligen Person melden wird. Überraschend hierbei war, dass zwei Therapeutinnen bereits auf diese Anfrage per E-Mail positiv reagierten und ihr Einverständnis zur Interviewdurchführung kundtaten. Die weiteren Zustimmungen ergaben sich infolge der telefonischen Nachfrage. Insgesamt kann festgehalten werden, dass lediglich zwei der angefragten Therapeuten ihre Teilnahme aus Zeitgründen ablehnten, womit eine hohe Zustimmungsquote zu verzeichnen ist. Die zehn Termine zur Interviewdurchführung verteilten sich auf die Monate November und Dezember des letzten Jahres. Anzumerken ist, dass jeder interviewten Person unmittelbar vor Gesprächsbeginn ein Informationsblatt überreicht wurde, in dem erneut der Hinweis gegeben wurde, auf welche Weise die gewonnenen Informationen bearbeitet werden würden. Auch dieses Schreiben findet sich im Anhang I. Die Interviews nahmen zwischen 30 und 60 Minuten in Anspruch und wurden auf Tonband aufgezeichnet.

Der Kreis der zehn befragten Experten umfasst sechs Personenzentrierte und vier Klientenzentrierte Psychotherapeuten, wobei die Anzahl der weiblichen Therapeuten überwiegt (7:3). Der Großteil dieser Interviewpartner arbeitet in freier Einzelpraxis, vier der Befragten sind entweder hauptberuflich oder zusätzlich in einer Institution tätig.

Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass unter den Begriff *Institution* sowohl psychotherapeutische Kliniken oder Ambulanzen als auch Gemeinschaftspraxen fallen, dies jedoch zur Wahrung der Anonymität nicht gesondert angeführt wurde. Die Zeit der Berufstätigkeit der Psychotherapeuten reicht von ca. zehn Jahren bis zu mehr als 30jähriger Berufserfahrung. Weiters wird der Hinweis gegeben, dass – abgesehen von einer Therapeutin und einem Therapeuten – die interviewten Personen nicht nur ‚reine‘ personen- oder klientenzentrierte psychotherapeutische Arbeit ausüben, sondern zusätzliche Aus- und Weiterbildungen vorweisen können.

Abschließend wird angemerkt, dass in Bezug auf die Rekrutierung der Interviewpartner die Erkenntnisse von Bogner und Menz (2005a) vollends geteilt werden: „... in den Erfahrungsberichten zur Kontaktaufnahme im Rahmen von Expertenbefragungen [prägen] hohe Zustimmungsquoten, problemlose Zugänge und eine große Kooperativität seitens der Befragten das Bild“ (S. 9).

5.2. Aufbereitungstechnik: Die Transkription

Qualitative Erhebungsmethoden generieren Daten in Form von Texten – im gegebenen Fall handelt es sich um Interviewprotokolle. Um diese Inhalte einer Auswertung zugänglich zu machen, bedarf es einer Aufbereitung des Datenmaterials. Zu diesem Zweck erfolgt eine Tonbandaufzeichnung jedes einzelnen Interviews, welche im Anschluss vom Forscher vollständig transkribiert wird, um das Gesagte in eine schriftliche Fassung zu bringen. Trotz des immens zeitintensiven Aufwands – erfahrungsgemäß liegt das Verhältnis der Interviewzeit zur Transkriptionszeit bei etwa 1:5 (Gläser & Laudel 2004, S. 188) – sollte eine Reduktion des Datenkorpus im Zuge der Aufbereitungsphase vermieden werden, um nicht vorschnell und unreflektiert wichtige Ergebnisse zu eliminieren. Diesbezüglich wirkt das leitfadengestützte Interview einem thematischen Abschweifen während des Gesprächsverlaufs weitgehend entgegen, wodurch irrelevante Textpassagen kaum möglich sind. Der Sinn von Wortprotokollen liegt darin, themengleiche Textstellen miteinander in Verbindung setzen zu können und auf dieser Basis einer Interpretation zugänglich zu machen.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde als Transkriptionstechnik die „*Übertragung in normales Schriftdeutsch*“ (Mayring 2002, S. 91) gewählt, lediglich typisch österreichische Redewendungen (z.B. G'schicht', ein bisserl, Futzerl o.ä.) blieben in ihrer Ursprungsform erhalten. Aufgrund des Forschungsinteresses an der inhaltlich-thematischen Ebene wurden nonverbale Aspekte wie Lachen, Räuspern oder Pausen nicht protokolliert, ebenso blieben paraverbale Äußerungen (z.B. hm, ahm, mhm, äh usw.) größtenteils unberücksichtigt, da diese Elemente nicht den Gegenstand der Auswertung darstellen. Lediglich Unterbrechungen sowie unverständliche Passagen wurden entsprechend vermerkt (detaillierte Informationen bezüglich der Handhabung von Transkriptionen finden sich beispielsweise bei Flick 2007, Gläser & Laudel 2004, Lamnek 2005 oder Mayring 2002). Um die Anonymität der Interviewpartner sicherzustellen, wurden jene Informationen oder Bemerkungen, die Rückschlüsse auf eine Person ermöglichen würden, durch ‚XXX‘ ersetzt. (Die zehn Transkripte sind im Anhang II der Diplomarbeit angeführt.)

Das verbal erhobene Material, welches in der soeben beschriebenen Weise in eine Textform gebracht wurde, stellte als „auszuwertende Rohdaten“ (Gläser & Laudel 2004, S. 41) die Grundlage für den nächsten Schritt im Empirieprozess dar.

5.3. Auswertungsmethode: Die strukturierende Inhaltsanalyse

In Anbetracht der gezielten Interviewdurchführung auf Basis des im Vorfeld entwickelten Leitfadens wurde die *strukturierende qualitative Inhaltsanalyse*, um die sich im deutschsprachigen Raum vor allem Philipp Mayring verdient gemacht hat, als Auswertungsmethode gewählt. Mayring (2003) differenziert vier verschiedene Formen strukturierender Inhaltsanalyse: die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende Strukturierung. Die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit wurden in Anlehnung an die *inhaltlich* strukturierende Inhaltsanalyse bearbeitet.

Dies bedeutet, dass der gesamte in der Erhebungssituation gewonnene Textkorpus zum Zwecke der Herausarbeitung subjektiver Bedeutungsaspekte der Interviewten einer qualitativen Auswertung im Sinne „komplexitätsreduzierende[r] Funktion“ (Groeben & Rustemeyer 2002, S. 243) unterzogen wird. Das grundlegende Prinzip des strukturierenden inhaltsanalytischen Vorgehens besteht darin, systematisch jedes einzelne Interviewprotokoll

durchzuarbeiten, indem vorher festgelegte Ordnungskriterien (*Kategorien*) an das Material herangetragen werden, um auf diese Weise bedeutungstragende Inhalte herauszufiltern und in eine Struktur zu bringen. All jene Textbestandteile, „die durch die Kategorien angesprochen werden, werden ... aus dem Material systematisch extrahiert“ (Mayring 2003, S. 83) und als so genannte „*Ankerbeispiele*“ (Mayring 1995, S. 213) der jeweiligen Kategorie untergeordnet. Eine wichtige Aufgabe besteht somit in der Bildung eines Kategoriensystems (siehe nächstes Kapitel), wobei „die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen ... genau bestimmt werden [müssen]“ (Mayring 2003, S. 83). Dies geschieht vor dem Hintergrund theoretischer Vorüberlegungen und auf Basis der Fragestellung der Diplomarbeit sowie in Anlehnung an die Themenbereiche des Leitfadens. Die Auswertung der Experteninterviews orientiert sich an thematischen Einheiten, d.h. „an inhaltlich zusammengehörigen, über die Texte verstreuten Passagen“ (Meuser & Nagel 1997, S. 488), um jene „Problembereiche zu identifizieren, die den einzelnen Fragen des Leitfadens des Interviews zugeordnet werden können“ (Lamnek 2005, S. 209). Innerhalb einer Kategorie wird „das Besondere des gemeinsam geteilten Wissens“ (Meuser & Nagel 2005, S. 88) der befragten Experten im Zuge der Extraktion – dem Entnehmen aussagekräftiger Textpassagen aus den Interviewtranskripten – verdichtet und in geordneter Form dargestellt. Der Vorgang der Subsumierung jener als relevant und informativ erachteter Quellen wird als *Kodieren* bezeichnet und meint „das Konzeptualisieren von Daten ... über Kategorien“ (Strauss 1994, S. 48), also das Zuordnen markanter Textteile unter die jeweiligen Überschriften. Ein auf diesem Wege generiertes Kategoriensystem ist nach Ansicht von Groeben und Rustemeyer (2002) „das eigentliche Herzstück einer Inhaltsanalyse ... [, weil in ihm] die relevanten Bedeutungsdimensionen bzw. -aspekte explizit und präzise festgehalten sind“ (S. 239). Für die praktische Durchführung schlagen Groeben und Rustemeyer (2002, S. 240) folgendes Drei-Schritt-Modell vor:

- Benennung und Definition jeder Kategorie
- Explikation informativer Textpassagen sowie Erläuterung der Kategorieninhalte
- Angabe positiver sowie negativer Beispiele innerhalb der einzelnen Kategorien

„Dabei sind verschiedene Abstraktionsebenen von Bedeutungsdimensionen bzw. -aspekten gegebenenfalls durch die Einführung von Ober- und Unterkategorien zu berücksichtigen“ (Groeben & Rustemeyer 2002, S. 240). Einen konkreten Bearbeitungstipp für diese Durchführung gibt Mayring (2003), indem er rät, jene Textstellen im Material, in denen eine der Kategorien angesprochen wird, „durch Notierung der Kategoriennummer am Rand des

Textes oder durch verschiedenfarbige Unterstreichungen im Text“ (S. 83) zu markieren. Diese einzelnen Teile des Datenmaterials werden als ‚Analyseeinheiten‘ bezeichnet. In solchen Fällen, in denen einzelne Sätze oder Satzteile nicht aussagekräftig genug sind oder missverständlich interpretiert werden könnten, bedarf es zusätzlicher Informationen, die die ausgewählten Passagen verständlich machen. In diesem Fall spricht man von ‚Kontexteinheiten‘, auf die Groeben und Rustemeyer (2002) zufolge zurückgegriffen werden kann und soll, „um eventuelle Verstehensunklarheiten zu beseitigen“ (S. 239). Dies bedeutet, dass durchaus umfangreichere Textteile oder Zitate den Interviews entnommen werden können, um den jeweils zugrunde liegenden Bedeutungsgehalt zu präzisieren.

Das erhobene Material wird also mittels des eben beschriebenen Ordnungssystems unterschiedlichen Überschriften zugeordnet, um auf diese Weise einerseits die Informationsfülle systematisch zu strukturieren und andererseits die Vergleichbarkeit der Expertenaussagen in Anlehnung an die im Leitfaden enthaltenen Themen zu realisieren. Dabei ist von entscheidender Bedeutung, „die Kategorien so genau zu definieren, dass eine eindeutige Zuordnungsentscheidung möglich ist“ (Mayring 2002, S. 101), um „Zuordnungs- und Abgrenzungsprobleme[n]“ (Gläser & Laudel 2004, S. 202) entgegenzuwirken. Hierbei besteht die Möglichkeit, das Strukturierungsschema insofern zu modifizieren, als während des Extrahierens interessanter Fundstellen Informationen auftauchen können, „die relevant sind aber nicht in das Kategoriensystem passen. Die Dimensionen existierender Kategorien können verändert werden, und es können neue Kategorien konstruiert werden“ (Gläser & Laudel 2004, S. 195), wobei auf die Terminologie der Interviewten zurückgegriffen werden kann. Diese Beschreibung verdeutlicht, dass im Laufe des Auswertungsprozesses Revisionsschritte in Betracht gezogen werden müssen. Des Weiteren ist es wichtig, jeden Kategorieninhalt zu erläutern, um darzulegen, warum welche Merkmalsausprägungen unter einer Überschrift subsumiert werden. Anhand dieser Strukturierung nach inhaltlichen Gesichtspunkten wird das Datenmaterial reduziert und überschaubar gemacht, da jedem einzelnen Interviewprotokoll lediglich partiell Informationen entnommen werden.

Das wesentliche Ziel dieser inhaltsanalytischen Auswertungsmethode ist die Erschließung neuer Erkenntnisse basierend auf Erfahrungswerten: „Nicht nur die Konzepte, mit denen in der Wissenschaft die Wirklichkeit geordnet wird, sondern auch Zusammenhänge, Bedingungskonstellationen, Erklärungen, ... sollen aus den Daten heraus entwickelt werden, sollen in den Daten gegründet werden“ (Oswald 1997, S. 80). Neben dem Kontextwissen,

welches der Forscher „aus seinem persönlichen Erleben, seiner Forschungsfrage und seiner Kenntnis der Fachliteratur“ (Strauss 1994, S. 48) erarbeitet hat, sollen insbesondere die subjektiven Bedeutungen der Befragten Erkenntnisse liefern und dadurch die Theorie differenzieren.

6. Darstellung der Ergebnisse

Dieses Kapitel stellt das umfangreiche Datenmaterial der Interviewtranskripte in geordneter Form dar. Aussagekräftige und interessante Bemerkungen der Experten wurden zusammengetragen und folgenden Kategorien (K1 – K 8) zugeordnet:

K 1: Indikation zur Psychotherapie

K 1a: Klientenvariablen

K 1b: Gezieltes Ansprechen durch den Therapeuten

K 2: Therapieverfahren und Symptomatik des Klienten

K 2a: Passt die Therapiemethode?

K 2b: Alternative Therapieverfahren

K 2c: Intensive Betreuungsform

K 3: Bedeutung des Intakers

K 3a: Ablehnung

K 3b: Vor- und Nachteile

K 3c: Akzeptanz

K 4: Passung zwischen Therapeut und Klient

K 4a: „Einfach mal ausprobieren“

K 4b: Der Klient wird auf Passung hingewiesen

K 4c: Es braucht das Gefühl: „Miteinander können“

K 4d: Besondere Indikatoren

K 4e: Der Therapieverlauf

K 5: Das therapeutische Beziehungsangebot

K 5a: Die drei Kernvariablen als Basis des personenzentrierten Ansatzes

K 5b: Die Kernvariablen in Ansätzen

K 5c: Anmerkungen zum adaptiven Vorgehen

K 6: Selektion im Vorfeld

K 6a: „Dasnehm´ich nicht“

K 6b: „Da bin ich nicht gut“

K 7: Abbruch der Therapie

K 7a: Unterschiedliche Gründe

K 7b: Ein Gefühl des Unbehagens

K 7c: Aufkeimende Angstgefühle

K 8: Umgang mit Weitervermittlung

K 8a: Allgemeine Aspekte

K 8b: Gezielte Weitervermittlung

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden bei sehr vielen Zitaten Hervorhebungen in Form von Unterstreichungen jener Textstelle(n) vorgenommen, die eine markante Aussagekraft besitzen und zudem die zu beforschenden Sachverhalte der einzelnen Kategorien treffend bezeichnen. Weiters sei darauf hingewiesen, dass die Äußerungen der Therapeuten nach Inhalten geordnet zusammengeführt wurden. Gelegentlich sind Zitate enger aneinandergereiht mit der Absicht, visuell erkennbar zu machen, dass es sich um dieselben Themenbereiche handelt. Aussagen jener Therapeuten, die sich auf den Ablauf in einer Institution beziehen, sind gesondert dargestellt ebenso wie Zitate, in denen eine gegenteilige Meinung zu den anderen Bemerkungen einer Kategorie vertreten wird (Rubrik „Gegenbeispiele“). Ein Fazit beschließt jede einzelne Kategorie in Form einer Zusammenfassung der wichtigsten darin enthaltenen Ergebnisse.

6.1. Indikation zur Psychotherapie (K 1)

Im Zuge der ersten Kategorie werden all jene Ergebnisse aus den Interviewtranskripten zusammengefasst, in denen sich die befragten Therapeuten dahingehend äußern, welche Merkmale sie auf Klientenseite als „Basis jeder Therapie“ (Therapeutin G, Z. 240) erachten. Es werden unterschiedliche Aspekte als Indikationskriterien für Psychotherapie genannt, die im Folgenden angeführt sind.

6.1.1. Klientenvariablen (K 1a)

„Also eine wichtige Sache: Dass ich irgendwie eine Eigenmotivation erkenn´ von dem Klienten. ... Dann brauch´ ich so was wie eine – wenn´s nicht wirklich jemand Psychotischer ist, wo´s einfach nicht geht – aber dann brauch´ ich so was auch wie ein Interesse, sich selber zu explorieren.“
(Therapeutin C, Z. 57-65)

„Also natürlich gehört ein Therapiemotiv dazu, also dass die Person überhaupt ein Interesse hat, an sich irgendwie nachzuschauen und nachzuspüren – das ist eh meistens gegeben, weil irgendein Leidensdruck gegeben ist – aber ... einigermaßen Bereitschaft der Person, sich auf ihr eigenes Innenleben einzulassen. ... das macht eine Orientierung oder eine Zuwendung von mir möglich.“
„... dass ... so ein Motiv gegeben ist, das wäre ein Indikationskriterium.“
(Therapeut D, Z. 71-94 und 171)

„... dass es vor allem die Bereitschaft braucht, sich mit sich selbst zu beschäftigen. Ich sag´ auch immer dazu: ‚Wenn Sie´s wollen, dann müssen Sie so ein Stück Neugierde für sich selbst entwickeln und es ist eine Beschäftigung, die wahrscheinlich intensiver ist, als sie jemals zuvor war‘ ...“
(Therapeutin E, Z. 70-73)

„Also ich sag´ immer, ich bin darauf angewiesen, dass derjenige ein bisschen eine Motivation mitbringt. ... Also wenn er nicht ein bisschen selber will und an sich arbeiten will, dann bringt´s das nicht.“
(Therapeutin I, Z. 237-240)

„... es muss zumindest die grundsätzliche Bereitschaft da sein, dass ich mich verändern möchte und dass ich etwas verändern möchte.“ (Therapeutin G, Z. 78f)

„... der Patient muss in der Lage sein, Basisvereinbarungen einzuhalten. Also er muss kommen, vorzugsweise halbwegs pünktlich, er muss in der Lage sein, einmal im Quartal einen Krankenschein abzugeben – auch eine Leistung – und er/sie muss prinzipiell in der Lage sein ... eine minimale Mitarbeit zu leisten – also das muss gegeben sein.“

„... das ist auch ein Kriterium, ob jemand in eine Therapie genommen wird oder nicht: ein minimales psychologisches Denken ... Also ‚psychological mindedness‘, also wenn das überhaupt nicht gegeben ist, dann – das bringt nix.“ (Therapeutin H, Z. 136-140 und 168-172)

6.1.2. Gezieltes Ansprechen durch den Therapeuten (K 1b)

„Also ich bin sehr drauf aus, so die eigenen Ressourcen des Klienten nachzufragen und da soll er dabei bleiben. Und wenn er mich nicht braucht – ist ok. ... Also es ist natürlich meistens nicht der Fall, weil die Leute ja schon mit großen Problemen kommen, ... Also es gibt auch Leute, die dann wirklich auch aufhören und dann sich an andere Formen von Hilfestellung wenden – find‘ ich ok.“ (Therapeutin I, Z. 348-355)

„Wenn ... jemand mit einem Anliegen zu mir kommt, dann ist in der Regel ein Wunsch nach Hilfe da. Es ist vielleicht nicht immer ein präziser Wunsch nach Psychotherapie – und auch nicht immer eine klare Vorstellung von dem, was Psychotherapie ist – da, aber zumindest ein Wunsch nach Unterstützung und Hilfe. So könnte es sein, dass ich einmal sage, dass mir Psychotherapie in einem bestimmten Fall nicht hilfreich vorkommt, trotzdem würd‘ ich wahrscheinlich zumindest ein paar Gespräche anbieten.“ (Therapeut J, Z. 110-116)

Anmerkung zur Institution:

„... es ist das Gesamtbild. ... [nicht] nach der Diagnose ... Aber das war bei uns eigentlich immer so, dass es mehr das Gesamtbild die Entscheidung ist. Sie können nicht nach Diagnose – ist egal, welche Diagnoseschemata Sie verwenden – kann man eigentlich meiner Meinung nach nicht zuweisen, weil einfach das Gesamtbild eine Rolle spielt.“ (Therapeutin H, Z. 123-127)

Fazit:

- Bezug nehmend auf die Indikationsfrage betonen vier der befragten Experten die Eigenmotivation zur Selbstexploration und -reflexion als fundamentales Kriterium auf Klientenseite.
- Jeweils eine Therapeutin stellt fest, dass es zum einen die Bereitschaft zur Veränderung brauche, zum anderen müsse ein Patient zu psychologischem Denken und der Einhaltung von Basisvereinbarungen in der Lage sein sowie zumindest geringfügige Mitarbeit leisten.
- Eine andere Therapeutin legt großen Wert darauf, die persönlichen Ressourcen der Klienten ausfindig zu machen, wodurch sich gegebenenfalls alternative Möglichkeiten der Hilfestellung ergeben können.

- Exakt diesen Gesichtspunkt beleuchtet Therapeut J, der einen Klienten explizit darauf hinweisen würde, wenn er Psychotherapie als ungeeignete Behandlungsmethode erachtet.
- Bezüglich der Indikationsüberlegungen in der Institution weist Therapeutin H darauf hin, dass Entscheidungen keinesfalls lediglich auf Basis von Diagnoseklassifikationen gefällt werden, sondern das Gesamtbild eines Patienten ist ausschlaggebend für weitere Behandlungsschritte.

6.2. Therapieverfahren und Symptomatik des Klienten (K 2)

Diese Kategorie untersucht, inwieweit Therapeuten dem Zusammenpassen ‚ihrer‘ Therapiemethode mit dem Krankheitsbild von Klienten Beachtung schenken und welche Überlegungen es diesbezüglich gibt – auch im Hinblick auf das ambulante Setting einer Personenzentrierten Psychotherapie (Subkategorie 6.2.1.) sowie dem Heranziehen alternativer Therapierichtungen (Subkategorie 6.2.2.).

6.2.1. Passt die Therapiemethode? (K 2a)

„Also ich glaub´, dass alle Klienten für diese Therapieform indiziert sind.“

„Also ich glaub´ überhaupt nicht, dass eine andere Methode unbedingt für irgendein Problem besser wär´ ...“ (Therapeutin A, Z. 172 und 337f)

„Also ich glaub´ grundsätzlich, dass man mit dieser Therapieform mit allen Klienten arbeiten kann, wenn´s einfach von den Persönlichkeiten her passt.“ (Therapeutin B, Z. 128f)

„Also ich glaub´ ja, dass in der Person- oder Klientenzentrierten Therapie wir ja viele Nachweise haben, dass es eigentlich kaum ein Feld gibt, wo wir nicht arbeiten können. ... weil es gibt zu allem eigentlich den Beweis, dass Personzentrierte Therapie hilft.“ (Therapeutin C, Z. 133-141)

„Ich glaub´ nicht, dass bestimmte Störungsbilder mit bestimmten Methoden besser behandelt werden ...“ (Therapeutin E, Z. 281f)

„Es geht um Gefühle und um Beziehung. Also es ist mir vollkommen egal, was für sozusagen Symptomatik oder welche Diagnose der hat. Das, find ich, spielt überhaupt keine Rolle. Und ich mein, personenzentriert kann man mit allen arbeiten, ob das Psychosen oder irgendwas anderes ist, ist egal Ich find´, es gilt immer nur: passt die Beziehung oder nicht.“ (Therapeutin A, Z. 65-68)

„... wenn für einen Klienten eher Verhaltenstherapie oder so passen würde, dann spielt das auch in die Beziehung und alles mit hinein, dann passt das irgendwie nicht ...“ (Therapeutin B, Z. 121f)

„... die Forschung sagt ja, ... dass es nicht drauf ankommt, was für ein Verfahren, sondern wie der Therapeut und Klient zusammenpassen. ... Die Beziehung wirkt.“ (Therapeutin C, Z. 182-187)

„Ich geh´ wirklich davon aus, dass es, ... über das Beziehungsangebot zu einer arbeitsfähigen therapeutischen Beziehung kommen muss und nicht von einer Symptomatik und von einer bestimmten Diagnose – egal, nach welchem Diagnoseschema. (I: Also die Beziehungsebene spielt?) Ist eher das

Entscheidende und nicht die Indikation nach ICD-10 irgendwas oder DSM-4 ..., das ist ein peripheres Motiv dafür.“ (Therapeut F, Z. 91-95)

„Da geht’s nicht darum, dass Klienten ... für ein Verfahren besser geeignet sind, sondern das ist eine Dreiecks-G’schicht: ein Verfahren, wie es diese Therapeutenpersönlichkeit verkörpert, das gehört da unbedingt mit dazu. ... Also es geht darum, ... welche Art Psychotherapie dieser Therapeut/diese Therapeutin betreibt. Weniger, welchen Schein er hat – für welche Methode – sondern die Art, wie er arbeitet.“ (Therapeut D, Z. 245-259)

„... ein anderes klassisches Beispiel war eine Frau, die war glaub’ ich damals 63 oder 64, ziemlich depressiv, in einer akuten Ehekrise, die war dann bei mir in einer klientenzentrierten Behandlung zwei Jahre ... Also das war schon eine relativ klare Indikation, also das hätt’ ich nicht mit XXX versucht.“ (Therapeutin H, Z. 107-115)

Gegenbeispiel:

„... ich denk’, es kommt in erster Linie auf die Erwartungen und die Persönlichkeit der Patientin an ... jemand, der hauptsächlich rationalisiert, den wird man dann nicht zum Psychodrama schicken. Oder jemand, der eher sehr kreativ und phantasievoll denkt und auch mit der eigenen Gefühlswelt eher so mit kreativen Medien da besser hinkommt, der wird dann vielleicht in der Verhaltenstherapie weniger gut aufgehoben sein. Und jemand, der sich Programme und Anweisungen und eine konkrete Struktur für diesen Entwicklungsprozess wünscht, der wird dann wieder in der Verhaltenstherapie besser aufgehoben sein als in einer Personenzentrierten Psychotherapie.“ (Therapeutin E, Z. 282-295)

6.2.2. Alternative Therapieverfahren (K 2b)

„Naja, was sich immer wieder mal rausstellt – und das würd’ ich bei der Klientenzentrierten Psychotherapie schon so sehen – ist, dass es als Verfahren unzureichend ist. Ich mein’ ich weiß, dass es da sicher viele Gegenstimmen gibt, aber meine persönliche Erfahrung ist, dass – also beispielsweise Borderline-Patienten sind bei uns eine ziemlich große Gruppe ... und da seh’ ich nicht, dass die Klientenzentrierte Therapie – weder von der Theorie, noch von der Technik her – ein adäquates Angebot hat.“

„... ein junger Patient/Patientin mit einer Borderline-Störung würden wir nicht primär in eine klientenzentrierte Beratung schicken, sondern das ist mit größter Wahrscheinlichkeit, wenn man sich irgendeine Chance verspricht, eine XXX Behandlung.“ (Therapeutin H, Z. 299-304 und 94-97)

„Also ich glaub’ schon, dass es Menschen gibt, die mehr – wie soll ich sagen – Anhaltspunkte brauchen, oder mehr Anleitung brauchen – das geb’ ich nicht. ... Also ich sag’ das auch oft am Anfang: ‚Bei mir kriegen Sie sicher keine Rezepte, so wie beim Arzt das halt üblich ist: Jetzt machen Sie das, und dann kommt das dabei heraus‘. Also mir ist es ganz wichtig, dass es eine gemeinsame Arbeit ist, dass wir das gemeinsam erarbeiten, und ich begleite halt. ... [Solche Klienten] sagen dann, mit dem können sie nix anfangen, oder gehen einfach wieder.“ (Therapeutin I, Z. 259-284)

„... Patienten ... [die] gern ein strukturiertes Angebot hätten, ... [die] sagen: ‚Ich hätte gerne jemanden, der ein bisschen strenger mit mir umgeht und mir sagt, was ich tun soll und klarer ist in den Anweisungen.‘ Also da würd’ ich dann ... an andere Kolleginnen denken ...“ (Therapeutin E, Z. 193-196)

6.2.3. Intensive Betreuungsform (K 2c)

„... wenn jemand so wirklich ganz, also in einer Lebenssituation steckt, die so verwirrt und verworren ist, dass eine einmalige Therapie in der Woche nix hilft. ... wo einfach ein intensives Rehabilitationsprogramm notwendig wär’. Da berate ich jemand dorthin weiter ... weil ich mir denk’:

Ein Mal in der Woche ist einfach wie ein Tropfen auf dem heißen Stein ... Ich glaub', darunter fallen auch sehr gespannte Borderline-Patienten, weil da einfach eine Kombination aus Gruppentherapie, ärztlicher Betreuung und Einzeltherapie in dichter Form wichtig ist.“ (Therapeutin C, Z. 71-88)

„... z.B. psychiatrische Patientinnen, die aus meiner Sicht zu früh den stationären Aufenthalt abbrechen mussten oder abschließen mussten und dann in die Psychotherapie g'schickt werden und einfach noch nicht in der Lage sind, nicht einmal stabilisierende Arbeit ist möglich, weil die Aufnahmefähigkeit [sowie] ... die ausreichende Stabilität für Psychotherapie nicht gegeben ist.“ (Therapeutin E, Z. 115-126)

„Borderline-Patienten, die wirklich extrem belastet sind, die können sie ambulant einfach nicht behandeln, egal mit welcher Methode. Die schaffen einfach die Bedingungen, die Minimalbedingungen des Erscheinens zum Beispiel, des relativ regelmäßigen, nicht. ... dann schlagen wir z.B. eine stationäre Behandlung vor ... [weil] einfach eine ambulante Behandlung zu wenig Rahmen gibt.“ (Therapeutin H, Z. 128-149)

„Ich mein, es wär' jetzt jemand, der wirklich schizophren ist oder eher in den psychiatrischen Bereich gehört, da müsst' man sich's überlegen, den kann man natürlich eher nicht nehmen. ... Meiner Meinung nach, weil einmal in der Woche eine Stunde zu wenig ist. ... die brauchen einfach eine andere Betreuungsform. ... Und natürlich bei Süchten ist es natürlich auch die Frage – also jetzt akut alkoholsüchtig, drogensüchtig – ist schwierig, würd' ich jetzt auch sagen, braucht eine andere Behandlungsform.“ (Therapeutin I, Z. 64-94)

Fazit:

- Vier Therapeuten erachten die Personen- bzw. Klientenzentrierte Psychotherapie als zur Behandlung aller Störungsbilder geeignete Therapiemethode. Jedoch ist Therapeutin E der Überzeugung, dass die persönlichen Vorlieben und Erwartungen von Klienten bei der Wahl der passenden Therapierichtung durchaus Berücksichtigung finden sollten (siehe Gegenbeispiel).
- Fünf Therapeuten stellen – wenn es um die Frage nach der Passung von Therapieverfahren und Störung des Klienten geht – die Symptomatik hintan und heben deutlich hervor, dass die Beziehungsebene das wesentliche Charakteristikum darstellt. Therapeut D ergänzt noch Folgendes: Nicht das Verfahren an sich sei ausschlaggebend, sondern die Therapeutenpersönlichkeit, die diese oder jene Therapierichtung anwendet, spiele eine maßgeblich Rolle.
- Therapeutin H, die zwei verschiedenen Therapieschulen angehört, erachtet bestimmte Problemlagen von Klienten als deutlich indiziert für Gesprächspsychotherapie.
- Wenn das Gefühl entsteht, das angebotene Therapieverfahren ist für einen Klienten aufgrund seiner psychischen Erkrankung oder seiner Erwartungen hinsichtlich des therapeutischen Arbeitens unpassend, so wird dies von drei Therapeutinnen berücksichtigt.

- Vier Therapeutinnen sind der Ansicht, Personenzentrierte Psychotherapie sei in jenen Fällen, in denen Klienten ein intensives Betreuungsprogramm benötigen, als Behandlungsmethode unzureichend.

6.3. Bedeutung des Intakers (K 3)

Alle zehn Antworten auf die Frage hinsichtlich der Bedeutung so genannter Intaker (siehe Subkapitel 2.3.1.) finden sich zusammengefasst in der dritten Kategorie, wobei die Aussagen nicht chronologisch aneinandergereiht wurden, sondern eine Zuordnung dahingehend erfolgte, welche Meinung die befragten Personen in Bezug auf Intaker vertreten.

6.3.1. Ablehnung (K 3a)

„Gar nichts halte ich davon, muss ich ganz ehrlich sagen. ... Weil ich glaub´ einfach, dass in einer ersten Stunde schon die Weichen gestellt werden für das, wie einfach die Beziehung läuft. ... Also ich find´s wichtig, dass derselbe Therapeut also wirklich dann auch die Therapie macht.“
(Therapeutin A, Z. 129-135)

„... grundsätzlich find´ ich´s eher problematisch, diese Vorgespräche ... [denn] aus meiner Erfahrung ist es eher immer eine zusätzliche Schwierigkeit, weil man dann noch einmal einen ganz bestimmten Aufwand treiben muss, nämlich wenn diese Erstgespräche nicht ganz klar und strukturiert als Motivationsgespräche zur Psychotherapie deklariert sind. Also wenn´s darüber hinausgeht, ... und da wird dann doch oft schon relativ weit hineingegangen, und das ist keine gute Voraussetzung, um dann in der Psychotherapie noch mal von vorne zu beginnen.“ (Therapeutin E, Z. 295-307)

„Das kommt mir aufs Erste suspekt vor, weil ich das wie eine Art – ein Bild, das mir einfällt – wie eine Art Ambulanzfließband bezeichnen würde. Und so eine ambulante Fließbandarbeit, die aber zu keinen nachhaltigen Produkten führt – wenn ich das Bild weiter nehm´ – halt ich eigentlich für problematisch. Das ist so eher wie anlocken und dann auf der Straße stehen lassen – auch wenn es „intake“ sein soll.“ (Therapeut F, Z. 191-194)

6.3.2. Vor- und Nachteile (K 3b)

„Also in den Beratungsstellen kann ich´s mir irgendwie noch mehr vorstellen, weil das dann ja nur kurze Kontakte sind ... Aber bei mir in der Praxis möchte ich das nicht, sondern da ist das wirklich essentiell, ja, dieses erste Gespräch schon. Weil ich einfach genau da schauen muss, passen wir zusammen oder passen wir nicht zusammen, und das kann wer anderer für mich nicht übernehmen. Also da ist irgendwie wer dazwischengeschaltet, was irgendwie eher hemmend ist als förderlich für mich.“ (Therapeutin B, Z. 137-142)

„Also ich denk´ mir, in einer Institution ist es wahrscheinlich einfach oft vom Organisatorischen her leichter, aber ich persönlich hab´s nicht so gern, ich mach´ gern alles selber – erstes Telefonat und

Erstgespräch – weil ich die Informationen bekomme und es kann niemand mir durchs Erzählen oder durch schriftliche Aufzeichnungen geben, was ich selber kriegen kann, das geht einfach nicht. Weil das Intuitive fällt dann einfach weg, das geht nicht.“ (Therapeutin I, Z. 207-211)

„Naja, am Zögern merken Sie schon, dass ich nicht gleich begeistert bin. Im Rahmen einer Institution ist das oft eine unumgängliche G’schicht’ und auch insofern sinnvoll, dass die Leute halbwegs passend oder besser passend zugeordnet werden. ... da gibt’s schon, könnte man so Typen von Menschen unterscheiden, wenn man das am Anfang schon wissen würde, wer bei einer anderen Richtung vielleicht besser – also gleich seinem Naturell entsprechend – was findet, und dafür wär’ eine solche Organisation gut. Wenn Leut’ ... dementsprechend dann zugewiesen würden. ... Dafür würde es passen.“

„Sonst wär’ mein Zögern gewesen, dass – also so geht’s mir jedenfalls mit Klienten, die ich dann nicht nehmen kann aus Zeitgründen – dass das immer was Problematisches ist: Der hat jetzt einen ersten Eindruck und es besteht ein erster Kontakt zwischen uns, und dann wird’s doch nix und er muss zu wem anderen gehen – das wäre da der Nachteil.“ (Therapeut D, Z. 201-226 und 231-234)

„Das kommt drauf an, die Frage, warum man das macht. Also in einer Institution ist es manchmal ganz sinnvoll, um einmal zu schauen, wo ist die Problematik, braucht der überhaupt eine Psychotherapie, also so um das ein bisserl abzuchecken. Für die Klienten, hab’ ich erfahren, dass das manchmal ganz schwierig ist, weil die doppelt das erzählen müssen, und das ist für viele einfach zu belastend.“ (Therapeutin G, Z. 158-162)

„Über lange Zeit – bis heute – hab’ ich sehr wenig davon gehalten, weil der Klient dadurch in die Position kommt, dass er seine Geschichte mindestens zweimal erzählen muss. ... Ich hab’ sowas erlebt in einer Beratungsstelle ... [und] in einer großen psychotherapeutischen Praxis ... da macht’s vielleicht manchmal Sinn ... wenn die Bekanntschaft zwischen diesen Teammitgliedern sehr gut ist. Ich halte sehr wenig davon, wenn es sozusagen mehr auf dem grünen Tisch irgendwie dann verschoben wird ... Das ist mehr ein medizinisches Denkmodell, weil der praktische Arzt ist oft der Intaker, der dann zu verschiedenen Fachärzten verschiebt ... Es ist nicht so g’schickt, das zu übernehmen – meines Erachtens.“ (Therapeut J, Z. 136-154)

6.3.3. Akzeptanz (K 3c)

„Oja, in meiner Arbeit als XXX, aber da bin ich nicht Psychotherapeutin. Also dort arbeit’ ich mit den Leuten zwei Stunden und kristallisier’ mit ihnen heraus, inwiefern sie dann zu einer Psychotherapie gehen oder nicht. Da bin ich die Beraterin, so könnt’ man’s schon sagen, oja. ... Da mach’ ich das ... Ob Therapie überhaupt und, und wie, und helfen, jemanden zu finden. ... Und dann ist es, glaub’ ich, schon sinnvoll, weil Sie die Frage nach dem Sinn stellen. ... Da ist jemand als Berater und klärt, wie die Schritte weitergehen, und die Psychotherapie übernimmt dann wer anderer.“ (Therapeutin C, Z. 167-177)

„Naja, de facto machen wir das zum größten Teil. Also ich denk’ mir, das macht Sinn, setzt aber, glaub’ ich, einen zweiten Punkt voraus, und zwar ein Netz, das man kennt – ein Therapeutennetz, das man gut kennt.“ (Therapeutin H, Z. 249-251)

Fazit:

Drei der befragten Experten sprechen sich gegen so genannte Intaker aus, fünf Personen äußern sowohl Vor- als auch Nachteile, und zwei Therapeutinnen, die selbst diese beratende

Funktion eines Intakers innehaben, befürworten diese Vorgehensweise, wobei Therapeutin H die Notwendigkeit eines Therapeutennetzwerkes betont.

6.4. Passung zwischen Therapeut und Klient (K 4)

Aufgrund des umfangreichen und aussagekräftigen Datenmaterials zum Thema Passung wurde diese Kategorie in fünf Subkategorien unterteilt. Anmerkungen im Hinblick auf probatorische Sitzungen sind in der ersten Subkategorie (6.4.1.) zusammengefasst. Subkategorie 6.4.2. führt jene Aussagen an, die darauf hinweisen, dass der Klient explizit auf den Aspekt der Passung aufmerksam gemacht wird. Bemerkungen, die sich auf die Gefühlsbasis zwischen Therapeut und Klient beziehen, finden sich in der Subkategorie 6.4.3. Des Weiteren nennen Therapeuten unterschiedliche Kriterien für einen positiven Beziehungsaufbau zwischen sich und den Klienten, die unter der Subkategorie „besondere Indikatoren“ (Therapeut F, Z. 37) dargestellt sind. Äußerungen in Bezug auf die Beachtung der Passung während der laufenden Therapie zeigt Subkategorie 6.4.5. auf.

6.4.1. „Einfach mal ausprobieren“ (K 4a)

„... dann ist es so, dass ich auch immer also einmal eine Probezeit quasi von fünf Stunden irgendwie ausmach', und wo wir das dann noch einmal besprechen, ob es passt zwischen uns mit der Beziehung. ... wobei aber fast immer der erste Eindruck das auch ist.“ (Therapeutin A, Z. 44-47)

„[Der erste Eindruck] hat eine sehr große Bedeutung, den will ich als sehr wichtig veranschlagen. Aber eben zur Überprüfung dieses ersten Eindrucks oder zu dieser Entwicklung – das, was aus dem ersten Eindruck werden kann – hab' ich dieses Arrangement, das ich auch mitteile – ich sag' jetzt einmal so eine handvoll Sitzungen – das ist so der Stehsatz, den ich dafür verwenden würde. In diesen Sitzungen sollte sich herausstellen, ob wir weitertun können oder nicht.“ (Therapeut F, Z. 139-143)

„... ich sag' immer: ‚Zehn Sitzungen sind sozusagen unverbindlich, da können Sie jederzeit zwischendrin einfach anrufen und sagen: ‚Jetzt mag ich nimmer'.‘ – Ohne Begründung, ohne Abschlussgespräch, da kann man einfach mal so ausprobieren über die ersten zehn Stunden.“ (Therapeutin I, Z. 385-387)

„... bei [manchen] Leuten sag' ich auch schon, dass wir jetzt einmal nur zwei, drei Stunden vereinbaren, wenn ich unsicher bin, und dann noch mal schauen: passt's oder passt's nicht.“ (Therapeutin B, Z. 100-102)

„... dann schlag' ich z.B. vor, einmal ein, zwei Stunden noch zu kommen, bis geklärt ist: Soll's jetzt eine Psychotherapie werden oder nicht – also das ist so diese prä-motivationale Phase, wo's auch noch darum geht: Ist die Patientin motiviert genug und möchte' sie's wirklich, ist es das Richtige für sie, ist es das, was sie sich vorstellt und kann sie's auch mit mir?“ (Therapeutin E, Z. 78-82)

6.4.2. Der Klient wird auf Passung hingewiesen (K 4b)

„... ich stell' am Ende eines Erstgesprächs immer die Frage, ob jemand glaubt, mit mir arbeiten zu können. Und ich stell' mir die Frage auch.“ (Therapeutin C, Z. 147-149)

„Ich mach' die Klienten auch sehr darauf aufmerksam, auf diese so genannte subjektive Indikation, also dass Klient und Therapeut miteinander können sollen – und das ist eine g'scheite Grundlage – und die sollen sich auch überlegen, ob sie sich bei mir vorstellen können, halbwegs gut aufgehoben zu sein mit ihrem jeweiligen Anliegen.“ (Therapeut D, Z. 138-141)

„... ich sag' das den Klientinnen auch immer in der ersten Stunde, dass sie darauf achten sollen, also ob sie sich vorstellen können, dass wir miteinander zusammenarbeiten, weil Psychotherapie eben auf einer Vertrauensbeziehung basiert, und man so das Gefühl und einen ersten Eindruck haben sollte, dass es auch möglich ist, sich dieser Person – also in dem Fall mir als Psychotherapeutin – anzuvertrauen. ... Das sprech' ich meistens so im letzten Drittel der Stunde an ...“ (Therapeutin E, Z. 59-67)

„Also ich sag' den Leuten auch immer: ‚Entscheiden Sie nach Ihrem Bauchgefühl. Von mir aus schauen Sie sich fünf Therapeuten an, aber dann dort, wo Sie nach dem ersten Eindruck das Gefühl haben: dort kann ich vertrauen – dort gehen Sie hin!‘“ (Therapeutin I, Z. 371-373)

6.4.3. Es braucht das Gefühl: „Miteinander können“ (K 4c)

„Ja, die Frage ist, ob wir zusammenpassen, einfach, und ob der Klient das Gefühl hat, er kann mit mir und auch, ob ich mit ihm kann. Das ist, denk' ich, ganz ein wichtiger Punkt, den ich auch immer dann am Ende der ersten Stunde sehr offen bespreche mit dem Klienten oder der Klientin.“

„Passung ist für mich irgendwie ein komischer Begriff, muss ich dazu sagen, weil das klingt so wie – ich weiß nicht – wir müssten zusammenpassen – weiß ich – altersmäßig oder, oder das Symptom müsste passen zu dem, wie ich denke oder sonst was, und das ist es irgendwie nicht, sondern ich denk' mir, es geht vielmehr um, um so eine gefühlsmäßige Passung. Also, kann man sich eine Beziehung sozusagen vorstellen miteinander oder nicht.“ (Therapeutin A, Z. 41-43 und 220-224)

„Also in erster Linie achte ich drauf, ob's, ob's passt, ja, jetzt um den Begriff zu verwenden. Ob ich das Gefühl hab', wir können miteinander eine Beziehung aufbauen ... auf der man dann ... was erarbeiten kann.“ (Therapeutin B, Z. 42-45)

„Ja, vielleicht kann man's besser mit weniger fachlichen Begriffen umschreiben, ... also so ein Sich-miteinander-wohlfühlen, so drauf vertrauen, dass da Nähe entstehen kann, so ein bisschen was voneinander spüren können ...“

„... das Moment der Passung, wo's mehr drum geht, ist man sich sympathisch, kann man sich einander warmherzig nähern ...“ (Therapeutin E, Z. 463-465 und 505-507)

„... ich muss das Gefühl haben: Ich kann mit dem oder der arbeiten.“ (Therapeutin H, Z. 209f)

„Ob ich mit demjenigen Therapie mach'? Mein Gefühl, ist nur mein Gefühl.“

„Also in banalen Alltagsworten würd' ich sagen, das ist Sympathie oder Antipathie. Und das spürt man einfach, das ist da oder ist nicht da.“ (Therapeutin I, Z. 63 und 322f)

Gegenbeispiel:

„Also ich z.B. krieg immer ‚die Alten‘... was einfach auch mit meinem Alter natürlich zu tun hat. (I: Das heißt, es wird da geschaut, dass das Alter des Therapeuten zum Alter des Klienten passt?) Naja, dass es halbwegs glaubwürdig ist.“ (Therapeutin H, Z. 65-69)

6.4.4. Besondere Indikatoren (K 4d)

„Also es muss irgendwie sowas wie ein Rapport entstehen zwischen uns. Ich achte, also ich hab´ alle Augen und alle Sinne darauf ausgerichtet, ob jemand mit mir in Kontakt geht oder nicht. Ob das überhaupt passiert. ... ob´s Momente gibt in diesem Erstgespräch, wo jemand mit mir in Kontakt geht.“

„... das ist wichtig, dass ich so was hab´ wie ein Mitgefühl: Ich kann mit dieser Person, das rührt mich an.“

„... dann muss man auch so was haben wie eine Hetz miteinander – also man muss auch lachen können miteinander ..., weil sonst gelingen viele Therapieschritte nicht. Dann muss jemand mich ... in seinen Intimbereich hinein lassen ... das ist wichtig.“ (Therapeutin C, Z. 150-154, 157f und 207-210)

„Also erstens einmal ist mir wichtig ... meine emotionale Resonanz – die möglichst gut wahrzunehmen. ... ob das, was mir ev. nicht passt, mich interessiert – wie die Person dazu kommt, so zu sein, dass ich diese Resonanz krieg´. Also ob das was ist, auf das ich mich einlassen mag, was mich auch neugierig macht ... ob´s irgendwie mein Interesse trägt: Also was kann gewesen sein, dass der dazu kommt, so zu sein, wie er ist und wie er wirkt – er oder sie – und ob das jetzt insgesamt etwas ist, auf das ich mich gern einlass´. Nicht weil es mich so freut, weil der Klient so klass´ ist, sondern weil es eine spannende Lebensgeschichte ist, die dahinter steht.“

„Emotionale Resonanz plus Interesse an der Entstehung, an dem Gewordensein dieser Person, die so und so eine Resonanz bei mir auslöst.“

„Diese Wertschätzung, wenn Sie so wollen, dieses ... Verstehen-wollen, muss gegeben sein.“

„Es muss von Anfang an ein mindestens schwacher Draht da sein, sonst wird´s nix. Und ... auf längere Frist muss ein Draht da bleiben oder stärker werden.“

„... dass ich mich auf den überhaupt einlassen mag, können mag – das ist die Voraussetzung. ... plus: dasselbe für den Klienten ... [und] man muss den Eindruck haben, der mag herkommen, und der hat oder könnte Vertrauen in unsere Beziehung haben – der Klient. Fragen tu´ ich ihn eh direkt, nur was er wörtlich sagt, wird nicht alles sein, es muss auch noch mein Eindruck dazu kommen, dass der bei mir sein mag.“ (Therapeut D, Z. 38-48, 65f, 405f, 415-417, 446-453)

„... ob ein Stück Beziehungsaufbau im ersten Gespräch möglich war ... ob man eine Verständigungsebene gefunden hat ...“ (Therapeutin E, Z. 57-59)

„... ob es so was wie ein aktuelles Erleben in der Therapie auch gibt. ... [und] eine atmosphärische Übereinstimmung ... zwischen beiden ... Das hängt nicht nur am Klienten oder der Klientin, ich muss auch bei mir eine Resonanz spüren von dem, was mir der Klient oder die Klientin erzählt.“

„Es ist für mich sowas wie die Vorstellung von angemessenem Verständnis zwischen beiden, also ... eine Art Interesse – eben auch waches und nachhaltiges Interesse – und von daher eine Art ... wechselseitiger Wertschätzung, Respekt in der Therapie.“ (Therapeut F, Z. 37-49 und 319-324)

„... ob ich mich einfühlen kann in seine Erzählung, in das, wie er sich präsentiert, und ob mich davon irgendetwas berührt. ... also die Anfangssituation ist die, dass ich einem neuen, potenziellen Klienten neutral gegenüberstehe. ... es muss aber im Erstgespräch irgendeine Situation auftreten, wo ich etwas spüre vom Klienten, wo ich mich einfühlen kann. Da geht´s nicht um Sympathie, da geht´s um Empathie ...“

„... dass in der Regel nach vier, fünf, sechs Stunden sich ein G´fühl des unbefangenen Austausches einstellt ... Und das würd´ ich für ein Kriterium halten ... wenn dieser Draht zwischen uns beiden so gut funktioniert.“ (Therapeut J, Z. 32-43 und 161-164)

„Dass wir uns sprachlich versteh´n, also in der Wortwahl und in den Sätzen und Bildern.“ (Therapeutin C, Z. 250f)

„... so den Eindruck haben, dass man sich auch verbal versteht, ... also dass es eine Verständigungsmöglichkeit gibt ...“ (Therapeutin E, Z. 465-486)

„Es kann auch mal wirklich mit der Sprache zusammenhängen: Vor kurzem hatte ich einen [Klienten] ... und da haben wir die Sprache nicht ganz gefunden.“ (Therapeut J, Z. 170-173)

„... ich glaub´ schon, dass letztlich auch sowas wie sozialer Status und Einstellungen und Haltungen, dass das eine große Rolle spielt.“

„... gibt´s sowas wie Passung auch im Sozialen, in den Einstellungen, in den Haltungen.“ (Therapeutin E, Z. 468f und 507)

„Es hat sicher auch was zu tun mit – es ist mir geradezu peinlich, das zu sagen – mit Bildung.“ (Therapeutin H, Z. 343f) Um dies näher zu erläutern, beschreibt Therapeutin H einen Fall, wo sie mit einer Migrantin gearbeitet hat, die zwar in Österreich aufgewachsen ist, allerdings „mit Deutschschwierigkeit, kulturelle Problematik – da kommen sie einmal durch. ... Also ich muss leider sagen – das muss ich sagen – das hat mir gewisse Schwierigkeiten bereitet, auch zum Thema Passung.“ (Therapeutin H, Z. 351-354)

„... auch punkto Passung – wo wir schon sehr drauf achten – wenn Männer z.B. aus dem islamischen Kulturkreis kommen, dass die nicht bei Frauen gesehen werden. Also auf solche Sachen passen wir schon sehr auf. ... Das ist so eine Demütigung, das geht nicht.“ (Therapeutin H, Z. 354-359)

6.4.5. Der Therapieverlauf (K 4e)

„... ein Punkt ist ganz sicher auch wesentlich, dass auch, wenn negative Gefühle da sind, dass man die auch sehr offen anspricht ... Und wenn er [der Klient; Anm. v. Verf.] reflektieren drüber kann, dann löst sich meistens auch dieses negative Gefühl auf, und dann geht´s sehr gut miteinander.“ (Therapeutin A, Z. 102-116)

„... wenn jemand so quasi immer schweigsamer oder verhaltener oder irgendwie – man spürt, da ist was, dass jemand nicht gut, halbwegs offen, da sein kann – da wär´ dann nachzufragen, was los ist.“ (Therapeut D, Z. 306-308)

„Wie gut ... entwickelt sich die Beziehung, das schauen wir an, weil das ist die Voraussetzung dafür, dass ein Veränderungsprozess gut in Gang kommt.“

„... es ist sehr wichtig, auf die Tragfähigkeit der Beziehung zu achten, und oft stellt sich´s dann heraus, ob – wenn´s um die Konfrontation mit leidvollen Erfahrungen geht – ob die Beziehung auch da trägt. ... und in solchen Krisensituationen zeigt´s sich dann schon, ob´s hält. Und wenn das gut geht, dann kann man eigentlich sagen, die Psychotherapie ist jetzt einmal so in Bezug auf die Passung von Therapeutin und Klientin im Wesentlichen gelungen.“ (Therapeutin E, Z. 321-324 und 370-375)

„Trau´ ich mich, etwas zu zeigen – nicht nur im stillen Kämmerlein wütend oder traurig zu sein – sondern auch hier in der Therapie das zuzulassen. Oder auch z.B. Kritik am Therapeuten ... das wär´ für mich ganz wichtig, so als Kriterium, dass da genug Vertrauen da ist, dass der Patient das auch äußern kann.“ (Therapeutin G, Z. 180-184)

„Ein gutes Kriterium ist die Zeit für mich deshalb, weil die Klienten, mit denen es passt, eben mit der Zeit gut umgehen können, nicht extra Zeit beanspruchen wollen ... also das Zeitmanagement mittragen können. ... die gelungene Beziehung ist eben auch dadurch gekennzeichnet, dass das eben nicht eine einseitige Delegation von Verantwortung ist, wer die Zeit bestimmt und so quasi darüber entscheidet.“ (Therapeut F, Z. 202-224)

Gegenbeispiele:

„Patienten stimmen mit den Füßen ab – sie kommen oder sie kommen nicht. Also wenn Patienten abbrechen, brechen sie ab.“ (Therapeutin H, Z. 261f)

„Das letzte Kriterium ist immer: ... Solange der Klient kommt, passt es, ... Und die Tatsache, dass er kommt, ist aber für mich schon genug.“ (Therapeutin I, Z. 236-240)

„Na das Einfachste ist: Sie kommen wieder.“ (Therapeutin C, Z. 204)

„Ganz selten passiert’s, wo ich das G’fühl hab’ irgendwie, es passt, aber die Leut’ kommen dann nicht mehr – das ist ein, zwei Mal passiert, dass halt dann – plötzlich waren’s weg.“

(Therapeutin B, Z. 199-201)

„Ich hab’ einmal eine Klientin gehabt, die einen massiven Therapieabbruch hatte – bei einer Kollegin, die ich zufällig aus einer Ausbildungssituation gekannt habe, und ich gemerkt hab’, wie diese Klientin massiv in die Abwertung geht dieser Kollegin gegenüber, also das war ganz schlimm. ... Da haben bei mir eigentlich schon die Alarmglocken ein bisserl geschrillt, und eigentlich – so im Nachhinein – hätt’ ich dieses Thema noch viel mehr am Anfang besprechen sollen. Da war’s auch dann ganz schwierig, das ist wieder zu einem Abbruch gekommen ...“ (Therapeutin G, Z. 200-206)

Passung ist veränderbar:

„Natürlich stellt sich erst im Lauf der Zeit eine vollständige Resonanz oder eine vollständige Wahrnehmung her.“ (Therapeut D, Z. 118f)

... bei manchen Klienten ist die Passung vielleicht am Anfang gleich mehr, besser als bei andern Klienten und vielleicht so im Rahmen des Therapieprozesses, dass die Passung sich verändert ...“ (Therapeutin G, Z. 278f)

„Passung beginnt im Erstgespräch damit, dass ich irgendeinen Teil des anderen zu verstehen beginne. Passung muss gleichzeitig aufgebaut werden, also das ist nicht etwas, was sozusagen sofort und momenthaft und dann ganz da ist. ... ich glaub’, dass Kontakt immer wieder neu hergestellt werden muss und dann dichter wird und sich langsam zu einer therapeutischen Beziehung entwickelt, und das würd’ ich sagen, ist der Aufbau der Passung, die Entwicklung der Passung.“

(Therapeut J, Z. 258-266)

Einstellen auf unterschiedliche Passungen:

„... je mehr ich arbeite, desto mehr gelingt’s mir, mich auf diese unterschiedlichen Passungen auch einzustellen, indem ich – da krieg’ ich wieder so ein Bild – nicht so ein starres Puzzlestück bin, sondern eher so ein – wie soll ich sagen? – Plastilin.“ (Therapeutin G, Z. 286-288)

Fazit:

- Probatorische Sitzungen werden von fünf Therapeuten angeboten, um während dieser Zeit beidseitig prüfen zu können, ob eine weitere Zusammenarbeit vorstellbar ist. Drei dieser fünf Personen bieten dieses Arrangement jedem Klienten an, Therapeutin B und E jedoch nur bei Bedarf.
- Bei vier Therapeuten fällt auf, dass sie den Klienten den Hinweis geben, darauf zu achten, ob sie sich gut aufgehoben fühlen und mit dem jeweiligen Therapeuten weiter arbeiten wollen.
- In Bezug auf die Passung achten fünf Therapeutinnen ganz besonders auf ihr Gefühl – ob sie sich vorstellen können, mit der Person arbeiten zu können.
- Sechs Therapeuten beschreiben spezielle Indikatoren, die eine Zusammenarbeit möglich machen. Einige sind hier beispielhaft angeführt: Es braucht einen „Rapport“

oder das Vorhandensein emotionaler Resonanz, einen „Draht“ zwischen Therapeut und Klient, wechselseitige Wertschätzung und Respekt, ein Mitgefühl auf Therapeutenseite. Des Weiteren bedarf es einer Verständigungsebene und einer Passung im Sozialen, in den Einstellungen und Haltungen sowie im Bereich der Bildung und Kultur.

- Fünf Therapeuten erwähnen unterschiedliche Merkmale, anhand derer sie auch während des Therapieverlaufes der Passung bzw. dem Beziehungsstatus zwischen sich und dem Klienten Beachtung schenken, wobei drei Therapeuten der Meinung sind, Passung sei veränderbar und könne aufgebaut werden. Diesbezüglich erwähnt Therapeutin G, sie könne sich – aufbauend auf ihrer Berufserfahrung – auf unterschiedliche Passungen einstellen.

6.5. Das therapeutische Beziehungsangebot (K 5)

Im Rahmen der fünften Kategorie soll aufgezeigt werden, welchen Stellenwert die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebots einnimmt (6.5.1.) und inwiefern Abweichungen vom Optimalzustand erlaubt oder sogar unumgänglich sind (6.5.2.). Am Ende dieser Kategorie sind noch einige Äußerungen zum adaptiven Vorgehen angeführt (6.5.3.).

6.5.1. Die drei Kernvariablen des personenzentrierten Ansatzes (K 5a)

„Je besser ich mein uneigennütziges Interesse, meine Einfühlung, meine Bereitschaft, mich einzulassen in das Leben des anderen, rüberbringen kann, umso eher ist das, also das halt ich für die entscheidende Variable.“ (Therapeut J, Z. 229-231)

„... das ist das wesentliche Grundgerüst einfach der Therapie. ... weil wenn's nicht gelingt, das irgendwie umzusetzen, dann passiert auch nix an Veränderung, und der Therapieprozess stockt.“ (Therapeutin A, Z. 178-180)

„Also aus meiner Sicht ist es die Basis für die Arbeit ...“ (Therapeutin E, Z. 414)

„Naja, die müssen Sie in jeder Therapierichtung haben, in Wirklichkeit. Das ist das Basisverhalten für jede Therapie. Ich mein', mir fälle überhaupt nix ein, wo man das nicht haben muss.“ (Therapeutin H, Z. 386f)

„... ohne dieser Verwirklichung könnt' ich nie diesen Raum schaffen, der es ermöglicht, dass die Klienten einfach wirklich anfangen, zu sich selbst zu kommen. Also das ist für mich wirklich dieses ganz zentrale Faktum – zu schauen: Schaff' ich's? ... Schaff' ich's in dieser Beziehung zu diesem

Klienten, das zu verwirklichen, um ihm das auch bieten zu können? ... Das braucht's, weil ich sonst nicht arbeiten kann.“ (Therapeutin B, Z. 229-234)

„[Die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebots] gelingt mir nicht immer. ... Also es gibt Situationen, da hab' ich den Eindruck, ich versteh' es nicht. ... Das sag' ich dann laut und besprich das auch. Und sag': ‚Ich hab' einfach keinen Zugang. Es tut mir leid, ich hab' mich bemüht, aber es geht nicht, ich versteh's nicht.‘ ... Dann versuch' ich, jemanden weiterzuvermitteln. ... Also wenn ich für mich abseh': Das wird mir nicht gelingen. ... wenn ich den Eindruck hab', ich versteh' das einfach nicht.“ (Therapeutin C, Z. 220-231)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass es durchaus vorkommen kann, dass es nicht gelingt, das therapeutische Beziehungsangebot zu verwirklichen. Therapeut F ist diesbezüglich der Ansicht, es sei wichtig: „... auch mir gegenüber treu [zu] bleiben, dass ich auch nicht mein Gefühl diesbezüglich verleugne ...“ (Therapeut F, Z. 306f).

Eine zumindest partiell vorhandene Verwirklichung der für die Gesprächspsychotherapie fundamentalen Kernvariablen stellt somit eine notwendige Grundlage dar. Die folgende Subkategorie führt dazu einige Beispiele an.

6.5.2. Die Kernvariablen in Ansätzen (K 5b)

„... also Tagesverfassung und patientenbezogen usw. ist das unterschiedlich intensiv, aber es muss da sein, sonst geht's nicht. ... also ich würd' sagen, diese drei Kriterien – also zumindest in einer Basisvariante – das muss man einfach haben, egal, ob einem der jetzt mag oder ob man den sympathisch findet oder nicht.“ (Therapeutin H, Z. 388-394)

„In Bezug auf die Ansprüche an das Beziehungsangebot glaub' ich, dass es halt ein sehr subtiler Abstimmungsprozess ist mit unseren Patientinnen, ... weil das Beziehungsgeschehen, das bestimmt man ja nicht alleine und das ist mir manchmal schon bewusst, dass es wichtig wäre, dass man sich noch näher kommt, dass man sich mehr spürt, dass es stimmiger und kongruenter auch im Miteinander wird, aber man muss halt manchmal auch mit bestimmten Abstrichen davon [Betonung] auch arbeiten können ... also damit leben wir tagtäglich.“ (Therapeutin E, Z. 432-441)

„... diese Grundvariablen sind das A & O, aber in dem Sinn, dass wir immer dahin unterwegs sind. ... Also die Therapie ist immer das Unterwegs-Sein zum Verstehen und zum ‚Gerade-aus-gut-haben-können‘, also sprich wertschätzen können, und dass das kongruent ist, versteht sich eh von selber. ... also das Noch-nicht-ganz-wertschätzen oder Noch-nicht-vollkommen-verstehen-können ist sozusagen immer der Hinweis: da ist Therapie. ... wenn man's voll verwirklichen kann, hat man die Therapie erfolgreich bewältigt. Es ist immer ein Unterwegs-Sein dorthin.“ (Therapeut D, Z. 377-398)

„... zur Einfühlung kann ich noch sagen, dass es natürlich auch Phasen gibt, wo man überhaupt nix versteht – z.B. mit Psychotikern ist es so, dass man phasenweise, ja, sich nicht einfühlen kann, aber ich denk mir, um das geht's dann auch nicht. Es geht irgendwie um dieses Bemühen, sich einzufühlen, und das kann man auch sagen, dem Klienten, dass man versucht, zu verstehen, aber im Moment halt leider nicht versteht ...“ (Therapeutin A, Z. 195-199)

„... es gibt Klienten, die bestimmte Facetten mehr fordern und andere vielleicht weniger fordern, und das ist dann schon so ein Sich-aufeinander-einstellen. ... Wobei ich nie sagen würde, dass eine Variable allein ausreicht, aber der Schwerpunkt kann unterschiedlich liegen.“ (Therapeut J, Z. 236-245)

Gegenbeispiele:

„Bei der Echtheit ist es nicht ganz so. Also ich find, Echtheit jetzt von therapeutischer Seite muss gegeben sein, weil sonst funktioniert's nicht. Ich mein, das ist etwas, was der Klient total sofort bemerkt, und auf das reagiert er.“ (Therapeutin A, Z. 208-210)

„Die Wertschätzung einer Person gegenüber ist immer, weil ein Mensch ist ein Mensch, wurscht wie der sich aufführt.“ (Therapeutin I, Z. 423f)

6.5.3. Anmerkungen zum adaptiven Vorgehen (K 5c)

„... auf der Ebene der Methodik oder der Technik gehe ich davon aus, dass erfahrene Psychotherapeutinnen immer drauf schauen werden, welche Wege sie mit ihren Patientinnen finden, um deren Gefühlswelten möglichst gut zu erschließen – darum geht's uns allen. Und alle Psychotherapeutinnen erwerben sich im Laufe ihrer Berufstätigkeit eine ganze Menge Zusatzqualifikationen, also Techniken.“ (Therapeutin E, Z. 285-289)

„Ich merk', dass manche Klienten schon mehr brauchen, ... weil das manchmal sehr schwierig ist, wirklich ‚nur‘ – ich mach's einmal unter Anführungszeichen – zu reden. Das verunsichert manche. ... Also ich mix da auch ganz bewusst Dinge herein, aber ich biete sie personenzentriert an.“

„Ich denk' mir, Personenzentrierte Psychotherapie ist eine Form der Haltung. ... und für mich persönlich schließt das überhaupt nicht aus, dass ich andere Techniken mit hereinnehme ...“ (Therapeutin G, Z. 312-318; 348-350)

„Also ich fang' immer mit dem Wort ‚Technik‘ nicht sehr viel an. Also ich mach' dann einfach so, wenn ich glaub', aja, das könnt' jetzt passen, dann probier' ich halt einmal. Im Sinn von jetzt: Das ist ein Problem, das schaut so aus und da wend' ich immer diese Technik an – mach' ich nie, das mach' ich überhaupt nie. So eins zu eins ist es für mich nicht, ich mach' sehr angepasst an denjenigen oder schau' einfach, was könnte da jetzt richtig sein, oder schlag' vor und der sagt dann halt ‚ja‘ oder ‚nein‘.“ (Therapeutin I, Z. 21-25)

Fazit:

- Acht Therapeuten befinden die von Rogers genannten drei Kernvariablen der Personenzentrierten Psychotherapie als notwendige Basis für ihr therapeutisches Arbeiten (es wurden nur die aussagekräftigsten Beispiele oben angeführt), wobei Therapeutin C darauf hinweist, dass ihr die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebots nicht immer gelingt.
- Fünf Therapeuten bemerken, dass es im Therapieprozess immer wieder zu Abweichungen vom völligen Verstehen oder Einfühlen kommen kann, zumindest eine Basisvariante der drei Kriterien müsse ihrer Meinung nach jedoch gegeben sein. Im Gegensatz dazu erachten Therapeutin A und I die Merkmale ‚Echtheit‘ und ‚Wertschätzung‘ als notwendige Voraussetzung für therapeutisches Arbeiten im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes (siehe Gegenbeispiele).
- Gezielte Äußerungen zum adaptiven Vorgehen finden sich bei drei Therapeutinnen.

6.6. Selektion im Vorfeld (K 6)

Die sechste Kategorie erfasst all jene Aussagen der Experten, in denen die Selbstselektion auf Therapeutenseite angesprochen wird. Diesbezüglich erfolgt eine Differenzierung, ob Therapeuten mit bestimmten Problemlagen oder Erkrankungen nicht arbeiten wollen (6.6.1.) oder sich der therapeutischen Tätigkeit mit speziellen Störungen nicht gewachsen fühlen (6.6.2.).

6.6.1. „Das nehm´ ich nicht“ (K 6a)

Vage Äußerungen zum Thema Selbstselektion:

„Wo ich mir wirklich, glaub´ ich, schwer tun würde, sind z.B. Sexualstraftäter. Also, da weiß ich nicht, ob ich mit so jemandem arbeiten könnte.“ (Therapeutin A, Z. 270f)

„... was ich mir vorstellen könnte ... sind einfach wirklich Menschen, die Gewaltverbrechen irgendwie gemacht haben. ... Weil ich, ich glaub´, ich würd´ mir wirklich schwer tun, so den Menschen zu sehen, und nicht jetzt irgendwie so diese Tat vor mir zu haben. Also ... das ist was, was mir einfällt, wo ich sag´: ‚Ja, das möcht´ ich nicht ...‘ Auch mit Drogenabhängigen – also Alkoholiker geht, aber so wirklich mit harten Drogen oder Heroinabhängigen oder so ... Da würd´ ich von vornherein, glaub´ ich, sagen: ‚Nein.‘“ (Therapeutin B, Z. 342-351)

Allgemeine Gründe für Selbstselektion:

„... wenn ich eh nur noch einen Platz hab´, sozusagen, und es rufen drei an, dann nehm´ ich lieber den, der irgendwie auf persönliche Empfehlung kommt.“ (Therapeutin A, Z. 90f)

„Also erstens, ich hab´ keinen Platz. ... Auch dass konkrete Wünsche bestehen wie: ‚Bieten Sie EMDR an?‘ oder Verhaltensmodifikation oder solche Dinge, wo ich dann sag´: ‚Nein, das ... wird methodisch bei uns nicht angeboten.‘ – Das kommt schon vor.“

„Dann liegt´s oft auch an ... [der] Erwartung, dass Psychotherapie etwas ist, was man konsumieren kann, ohne einen eigenen Beitrag zu leisten. – Das ist etwas, womit ich persönlich schlecht kann, und weshalb ich mich von mir aus auch oft entscheide, solchen Patienten zu sagen, dass ich glaube, es ist nicht das Richtige, bei mir Psychotherapie zu machen.“ (Therapeutin E, Z. 176-179 und 127-131)

„Also ich sag´ immer, ich bin darauf angewiesen, dass derjenige ein bisserl eine Motivation mitbringt. Ich könnt´ jetzt mit niemandem arbeiten, der zwangsweise irgendwie verpflichtet ist. Also wenn er nicht ein bisserl selber will und an sich arbeiten will, dann bringt´s das nicht.“ (Therapeutin I, Z. 237-240)

„Ja, es gibt natürlich sonst auch noch einige Themen, wo man sich´s überlegt, ob man´s macht, also wenn ich z.B. schon vier psychiatrische Patienten hab´, dann überleg´ ich mir, ob ich den fünften oder sechsten auch noch nehmen möchte. ... weil ... das doch eher anstrengende und aufwendige Arbeit [ist, also] ... so der Klientenmix ...“ (Therapeutin E, Z. 218-222)

„Es kann sein z.B., dass ich merke, dass jemand eine wirklich ganz schwierige Störung hat ... wo jemand wirklich sehr viel [Betonung] braucht und ich merk´, ich hab´ jetzt zu wenig Kapazität, verweis´ ich dann weiter. ... weil vom Aufwand her, jemand mit einer schwierigen Problematik braucht einfach mehr – möglicherweise Stunden, die eingeschoben werden müssen, oder mal einen

Telefonkontakt – und danehm´ich nur eine gewisse Anzahl an Patienten, um mich da halt auch nicht zu überfordern.“ (Therapeutin G, Z. 51-57)

Selbstselektion aufgrund des Krankheitsbildes des Klienten:

„Also ich hab´ einmal eine Überweisung gekriegt von einer Kollegin, die gesagt hat, sie muss denjenigen unbedingt jetzt weitergeben, weil der stalkt bei ihrem Fenster, und da hab´ ich gesagt: ‚Danke nein, übernehm´ ich nicht.‘“ (Therapeutin G, Z. 398-400)

*„Ich nehme´ keine Alkoholiker. Also das mach´ ich nicht.“ (Therapeutin H, Z. 225)
Alkoholiker oder Suchtkranke, die nicht einverstanden sind, das zu beenden – in einem bestimmten Abstand – also die sagen würden: ‚Nein, das geb´ ich nicht auf‘ – die würd´ ich auch nicht nehmen.“ (Therapeutin C, Z. 110-112)*

„... ich nehme´ auch keine Suchtpatienten.“ (Therapeutin E, Z. 557)

Selbstselektion aufgrund von Rahmenbedingungen:

„... wenn jemand so wirklich ganz, also in einer Lebenssituation steckt, die so verwirrt und verworren ist, dass eine einmalige Therapie in der Woche nix hilft. ... wo einfach ein intensives Rehabilitationsprogramm notwendig wär´. Da berate ich jemand dorthin weiter, aber ich sag´: ‚Das macht keinen Sinn‘ ... ich fang´ keine Therapie an, weil ich mir denk´: Ein Mal in der Woche ist einfach wie ein Tropfen auf dem heißen Stein – das geht so nicht.“ (Therapeutin C, Z. 71-80)

„Ich mein, es wär´ jetzt jemand, der wirklich schizophran ist oder eher in den psychiatrischen Bereich gehört, da müsst´ man sich´s überlegen, den kann man natürlich eher nicht nehmen. ... Meiner Meinung nach, weil einmal in der Woche eine Stunde zu wenig ist.“ (Therapeutin I, Z. 64-71)

„Dann hab´ ich einmal jemanden gehabt, der eigentlich ein Gewalttäter war, also Exhibitionismus, das nehme´ ich nicht. ... Das habe ich erfahren und dann hab´ ich gewusst, das kann ich nicht nehmen, weil das in der Praxis nicht zu führen ist.“ (Therapeutin C, Z. 68-70)

„... wenn jemand für sich eine massive Gewaltproblematik hat, das tu´ ich mir in der freien Praxis nicht an. ... Das kann einfach im Lauf der Psychotherapie zu Schwierigkeiten führen, die ich mir hier nicht antu´, weil die Sicherheitsbedingungen nicht da sind.“ (Therapeutin G, Z. 66-72)

„Wir nehmen generell wenig, also sozusagen, wenn die Sucht das absolut Dominante ist, dann nehmen wir die Leute nicht, weil dafür sind wir nicht ausgerüstet – also egal, welche Sucht das jetzt ist.“ (Therapeutin H, Z. 227-229)

Gegenbeispiele:

„... dass ich rein aufgrund eines Telefongespräches nein sagen würde, das mach ich sicher nicht, sondern, also da ist schon wichtig eine persönlich Begegnung ... weil oft wirklich da andere Gründe reinspielen – weiß ich – der ist sich unsicher beim Telefonieren, oder, egal jetzt, da können andere Gründe einfach da sein.“ (Therapeutin A, Z. 77-80)

„Ich hab´ aber auch das Umgekehrte einmal erlebt, wo ich den Erstkontakt am Telefon völlig falsch eingeschätzt hab´, da hab´ ich mir gedacht: Aha, der ist jetzt wirklich voll betrunken, ganz eigenartig war das, sich aber dann im Lauf des Gesprächs noch herausgestellt hat, dass der eine Schädelhirntraumaverletzung hat und aufgrund dessen die Sprache so verwaschen war, und das war dann ok. Das allererste Gespräch war am Telefon ganz anders, weil ich wirklich dachte: Der will mich jetzt pflanzen am Telefon – war ganz eigenartig, ich wollt´ eigentlich schon wieder auflegen – aber es war umgekehrt. Ist schon eine längerfristige Therapie jetzt geworden.“ (Therapeutin G, Z. 402-408)

Obwohl Therapeutin I angibt, Klienten mit folgender Problematik nicht in Therapie zu nehmen: „Also wenn jetzt jemand mitten im Alkoholismus steckt, mit dem würd´ ich nicht arbeiten ...“ (Therapeutin I, Z. 98f), antwortet sie auf die Frage hinsichtlich Klientenauswahl: „Ich mach´ keine Selektion, nein, nein. ... weil ich davon ausgehe – und das auch meine Erfahrung ist – dass sich das von selber ergibt.“

Also nehm´ ich denjenigen. Also wenn er kommen will, dann nehm´ ich ihn.“ (Therapeutin I, Z. 108 und 461-463)

6.6.2. „Da bin ich nicht gut“ (K 6b)

„... es gibt einfach manche Bereiche, wo ich für mich noch einmal klären muss, ob ich da arbeiten will und kann ... Das sind so reine Erfahrungswerte, wo ich weiß: Okay, mit Mädchen mit Anorexie tu´ ich mir schwer, mit Psychotikern tu´ ich mir schwer, mit Borderline-Patienten tu´ ich mir schwer. Aber mit Depressiven tu´ ich mir z.B. leicht, oder mit Klienten, die irgendwie Panikattacken haben ... Das sind so Erfahrungswerte, ... wo ich dann für mich überprüfen muss: Ja, aufgrund meiner Erfahrung ist es so, aber ist es bei dem konkreten Menschen und Klienten jetzt auch so.“
(Therapeutin B, Z. 46-68)

„Und dann gibt´s ... Themen, mit denen ich nicht kann, z.B. kann ich ganz schwer mit dicke Leut´ arbeiten. Ist auch schon gegangen, wenn ich dann den Missbrauch dahinter erfahren hab´ oder so, also dass ich für mich ein Thema finde, das mir wieder zugänglich ist. Aber sonst, ... das geht einfach nicht. ... Also ich weiß einfach, dass ich mich in so was einfach nicht einfühlen kann. ... Dann sag´ ich einfach: ‚Es gibt Leute, die mit dieser Thematik mehr Erfahrung haben‘. Mit Adipositas zum Beispiel, Essstörungen, wenn´s wirklich darum geht. ... Da bin ich nicht gut, bei Essstörungen.“
(Therapeutin C, Z. 88-109)

„Da gibt´s schon Selektionskriterien und Störungsbilder, wo ich weiß, dass ich mir schwer tu´. ... Und es gibt eine Thematik, wo ich weiß, dass ich´s einfach nicht kann, das hab´ ich ein oder zwei Mal probiert, aber das geht mir einfach zu nahe, das überfordert mich, nämlich ... wenn eine Mutter oder ein Vater kommen, wo ihr junges Kind gestorben ist. ... Das ist ein Thema, ja, das geht mir einfach persönlich zu nahe und da weiß ich, das kann ich nicht mit dem entsprechenden Abstand oder mit der entsprechenden Distanz gut bearbeiten ...“
„... dann hab´ ich auch ein bisschen experimentiert mit Sexualstraftätern, ein bisschen Fortbildung gemacht, hab´s zwei, drei Mal probiert und dann halt gesehen: Nein, eigentlich – liegt mir nicht. Und dann fang´ ich aber erst gar nicht an damit. ... im Laufe der Berufserfahrung wird´s ja auch klarer, wen man in Psychotherapie nimmt und wen nicht. ... Und deshalb kommt´s dann auch nicht so oft zu Abbrüchen, weil man ja eh schon weiß.“ (Therapeutin E, Z. 212-217 und 552-559)

„... es kam ein Mann zwischen 30 und 35 zu mir, ganz in schwarz gekleidet, hat von seiner Drogenabhängigkeit gesprochen und ich hab´ das Gefühl gehabt, er ist sehr entfernt vom Leben, eigentlich ist unklar, ob er wirklich leben will oder nicht, ohne dass er das so ganz genau weiß, und ich dachte, da reiche ich als Psychotherapeut nicht aus. Dieses Schwarz und diese düstere Stimmung, die er verbreitet hat, hat so ein tiefes Unbehagen bereitet, und ich hatte das Gefühl, dem würde ich nicht gewachsen sein. Und dann hab´ ich die Bedingung gestellt, dass er vorher mit einem Arzt spricht – ob er sie eingehalten hat, weiß ich nicht, er ist nicht mehr gekommen.“
„Wo ich aus meiner persönlichen Erfahrung nicht so gut bin, das sind Borderline-Störungen, das hab´ ich einige Male probiert, da hab´ ich den Eindruck g´habt, da war ich wenig hilfreich.“
(Therapeut J, Z. 47-53 und 69-71)

Anmerkungen zur Institution:

„... wir kennen uns jetzt schon sehr gut und wir wissen auch sehr gut, wer mit wem gerne und wer mit wem auch gut arbeitet. Also eine Kollegin arbeitet z.B. überhaupt nicht mit schweren Persönlichkeitsstörungen, das liegt ihr nicht und das wissen wir, und die andere ist besonders gut bei depressiven Störungen und bei Angststörungen. Ja, also da gibt´s schon Erfahrungswerte, die wir auch sehr gerne nutzen. ... Das stellt sich dann meistens beim Telefonat schon heraus, also wenn die Patientinnen sich anmelden, erzählen sie in der Regel ja ganz kurz, worum´s geht, oder wir fragen das

auch und versuchen's dann, also möglichst zielgerichtet, der einen oder anderen Kollegin zuzuweisen.“ (Therapeutin E, Z. 229-236)

Diese Information wirft die Frage auf, wie damit umgegangen wird, wenn ein Klient oder eine Klientin gezielte Präferenzen für eine bestimmte Therapeutin dieser Institution kundtut:

„Das passiert auch, nämlich auch wenn Klientinnen sich im Wartezimmer treffen und uns dann auch sehen, wenn wir gemeinsam da sind, da gibt's dann manchmal so eine Idee: Da oder dort könnt's attraktiver sein, Psychotherapie zu machen. Da haben wir aber in der Regel dann eine Intervision und überlegen, ob das mehr Widerstand ist oder ob das wirklich passend ist aufgrund der Thematik und eben der jeweiligen Persönlichkeit. Und Zuweisung spielt auch eine große Rolle, weil wenn die Ärzte dann sagen: ‚Gehen Sie dort und da hin, weil die macht das besonders gut‘, oder: ‚Mit der hab' ich besonders gute Erfahrungen‘, dann ist es oft schwierig. Also das ist für die Patienten meistens schon ein sehr wichtiger Hinweis, dem sie in der Regel auch sehr vertrauen, und da ist es dann oft schwer zu wechseln, ... [weil] die Erwartung ist dann meistens sehr klar.“

„... wenn's im Erstkontakt schon kommt, ... dann kann man's ja erklären und noch einmal thematisieren und auch transparent machen, warum wir das so sehen und da die Möglichkeit anbieten, sich z.B. beide anzuschauen und sich dann zu entscheiden. Es ist eher ein Problem oder ein Thema im telefonischen Erstkontakt, würd' ich sagen. – Es kommt häufiger vor, also dass die Patientin sagt: ‚Mein Hausarzt hat mir gesagt, ich soll zu Ihnen kommen‘. Und ich sag': ‚Ja, worum geht's denn, vielleicht können Sie ein bisschen erzählen‘, und dann sag' ich: ‚Ja, aber da hab' ich den Eindruck, das passt besser zu meiner Kollegin, was sagen Sie dazu? Sie hat sehr viel Erfahrung mit diesen Problemstellungen‘ – und dann sieht man eh: Geht's oder geht's nicht?“

(Therapeutin E, Z. 241-250 und 255-262)

Gegenbeispiele:

„Nicht von der Störung her, sondern höchstens von der Person her, wie die auf mich wirkt. ... Nicht von einer Indikation im Sinn der Klassifikationsschemata, die wir da haben ...“

(Therapeut D, Z. 79-83)

„Nicht die, die Indikation, warum der kommt, sondern, also eher wirklich, wenn in mir irgendwie total ablehnende Gefühle sind und ich das Gefühl habe, ich kann demjenigen nicht mit der nötigen Wertschätzung irgendwie begegnen. ... wo ich das Gefühl hab', es geht dann nicht gut zwischen uns beiden.“ (Therapeutin A, Z. 97-102)

„Also ich bin inhaltlich nicht festgelegt auf die Art und Weise der – sag' ich jetzt – Hintergrundproblematik oder aktuellen Symptomatik, das ist ziemlich offen gehalten.“

„Das würd' ich eben nicht so generalisierend sagen wollen. Das ist, glaub' ich, wirklich eine Beziehungsgeschichte. ... Das ist mehr auf die aktuelle Beziehung zu entscheiden, nicht eben symptomorientiert oder diagnosebezogen.“ (Therapeut F, Z. 45f und 122-134)

„Natürlich tu' ich mir vielleicht schwer, aber wenn's mein Interesse weckt.“ (Therapeut D, Z. 90)

„... ich glaube, in Wirklichkeit, dass jeder Therapeut sich mit gewissen Dingen leichter tut wie mit anderen. Ich weiß z.B. von mir jetzt – in der Reflexion – dass es mir viel schwieriger fällt z.B. mit depressiven Menschen zu arbeiten als z.B. mit psychotischen Menschen. Aber ich weiß es ... und es spielt dann eigentlich in der Arbeit miteinander nicht wirklich eine Rolle. ... [also das heißt nicht,] dass ich nicht damit arbeiten könnt' ...“

„Außerdem bin ich der Meinung, dass man sowieso immer die Klienten kriegt, ... die sozusagen passen für einen. ... Weil manchmal dann beim Telefongespräch – jetzt gar nicht so sehr von meiner Seite – sondern der Klient dann ... z.B. sagt: ‚Naja, vielleicht überleg' ich's mir doch noch, ob ich beginne‘ oder: ‚Naja, ich wollt mich nur einmal erkundigen‘, und dann keinen Termin ausmacht. ... Dass das vielleicht schon spürbar wird, irgendwie unterschwellig.“

(Therapeutin A, Z. 230-237 und 240-248)

„Also ich hab', glaub' ich, noch nie zu jemandem gesagt: ‚Nein, ichnehm' Sie nicht.‘ Also solche Leute kommen auch nicht.“ (Therapeutin I, Z. 63f)

Fazit:

- Subkategorie 6.6.1. zeigt auf, dass sich zwei Therapeutinnen vage zum Thema ‚Selbstselektion im Vorfeld‘ äußern, wohingegen sechs Therapeutinnen eine gezielte Klientenauswahl treffen, und zwar einerseits aufgrund allgemeiner Gründe (z.B. kein Platz, Klient ist zur Psychotherapie verpflichtet oder nur eine gewisse Anzahl an Patienten, die eines intensiven Kontaktes bedürfen, kann betreut werden), andererseits auch im Hinblick auf bestimmte Störungsbilder (z.B. Suchtpatienten, Stalking) sowie wegen fehlender Rahmen- oder Sicherheitsbedingungen.
- Durch die Subkategorie 6.6.2. wird deutlich, dass vier Therapeuten das Eingeständnis geben, mit bestimmten Störungsbildern nicht gut arbeiten zu können (z.B. mit Menschen mit Essstörungen, Borderline-Patienten, psychotischen Menschen, Drogenabhängigen oder Sexualstraftätern). Therapeutin E führt zudem eine bestimmte Thematik an, der sie sich nicht gewachsen fühlt. Im Kontrast dazu stehen die Äußerungen von vier Therapeuten, bei denen keine symptomorientierte Klientenselektion vorgenommen wird.

6.7. Abbruch der Therapie (K 7)

Dass es durchaus vorkommen kann, dass sich Therapeuten – nachdem es bereits zu einem Klientenkontakt gekommen ist – ‚aus dem Spiel nehmen‘, verdeutlicht Kategorie sieben anhand unterschiedlicher Abbruchsszenarien. Die Experten führen verschiedene Gründe für Abbrüche seitens des Therapeuten an, die thematisch den folgenden drei Subkategorien zugeordnet sind.

6.7.1. Unterschiedliche Gründe (K 7a)

„... wenn ich jetzt das erste Mal gleich das Gefühl hab‘, es geht überhaupt nicht, dann, dann sag‘ ich das auch, aber, ich mein, das ist ... vielleicht zwei Mal in meiner ganzen Therapeutentätigkeit vorgekommen, dass das sofort in der ersten Stunde irgendwie da war. ... Von meiner Seite ... und das deckt sich aber auch immer, der Klient und ich sind, also das ist gegenseitig.“
(Therapeutin A, Z. 52-56)

„Also es hat ganz wenig Fälle gegeben, wo ich nicht hätte arbeiten wollen. Das waren aber auch meistens Personen und Situationen, die gar nicht eindeutig Psychotherapie gesucht haben. Das waren dann Erstgespräche, um irgendwelche Fragen abzuklären.“ (Therapeut D, Z. 125-127)

„Wenn ich am Ende der Stunde nicht herauskrieg, dass der- oder diejenige das für sich selber tun will hier ... dann würd' ich's lassen, würd' ich sagen: ‚Ja, Sie haben kein Anliegen, ist in Ordnung.‘ ... dann würd' ich sagen: ‚Das geht nicht.‘“

„Und ob ich so was wie ein Mitgefühl entwickeln kann. Wenn ich das nicht entwickeln kann, dann arbeite ich nicht, also wenn mir das nicht gelingt – meistens gelingt's mir, also, ich glaub' zu 90 % gelingt's mir. Aber das ist wichtig, dass ich so was hab' wie ein Mitgefühl: Ich kann mit dieser Person, das rührt mich an.“

„Ich hab' grad mit jemandem aufgehört, der sehr narzisstisch gestört war und der sagt: ‚Ich hab' nix davon gehabt.‘ Also das war z.B. so ein Beispiel, da hab' ich das Gefühl g'habt, wir arbeiten in der Stunde gut, und zum Schluss hat er immer g'sagt: ‚Ja, aber ich hab' davon nix, warum soll ich wieder kommen?‘ Das beendet man dann. Macht keinen Sinn.“

(Therapeutin C, Z. 59-67, 155-158 und 211-215)

„... wenn jemand sagt, nach der zehnten Stunde: ‚Eigentlich will ich gar nichts verändern‘, dann frag' ich mich oder denjenigen, was er wirklich will. – Hatte ich jetzt einmal vor kurzem, und da haben wir jetzt beschlossen, diese Therapie abubrechen. Also das ist für mich ein Grund, die Therapie auch abubrechen. ... Weil ich glaube, dass sonst die Frustration von beiden Seiten so steigt. ... [Die Klientin] hat's auch gespürt, dass es anscheinend so jetzt nicht passt.“

„Ich hab' schon Situationen gehabt, wo ich ... das Gefühl gehabt hab': ... Naja, da hängt was. Und ich versuch' das dann anzusprechen, oder ich sprech's an – und das kann sich auflösen, und wenn's aber nicht auflösen ist, wär' das z.B. ein Kriterium, gemeinsam zu besprechen, ob die Therapie beendet werden soll.“

„... ob ich nicht noch, also ärztliche Versorgung mit hereinzieh', ich denk' mir, das ist Verantwortung, das muss ich tun. ... ich bitte den Klienten, ... einen Arzt ... zu konsultieren, wenn diese Zwangsgedanken stärker werden, da muss man schauen, was medikamentös auch zu machen ist, weil sonst kann ich nicht therapeutisch arbeiten ...wenn das so ganz massiv ist.“

(Therapeutin G, Z. 80-86, 99-105 und 134-142)

„So ein Ausschlussgrund ist manchmal auch ein gewisses Gefährlichkeitspotential, also wenn ich so das Gefühl hab', da ist ein enormes Gewaltpotential da und das lässt sich in der Beziehung so in den ersten vier, fünf Stunden nicht so weit binden, dass ich den Eindruck hab', es trägt und hält, also so in der Beziehung zwischen Klient und Therapeutin, dann hab' ich auch schon in zwei oder drei Fällen mal gesagt, dass das im Moment bei mir nicht richtig aufgehoben ist.“

„... also für mich ist das schon auch immer ein Kriterium, ob Patientinnen agieren und das nicht gestoppt werden kann, da ist dann bei mir z.B. eine Grenze erreicht. Ich hatte mal einen Klienten, ... da hab' ich dann die Entscheidung getroffen, die Psychotherapie abubrechen. ... Also das war so ein Fall, wo's mitten drinnen dann abgebrochen wurde, von meiner Seite.“

„... wenn Gewalt oder Gewaltpotenzial so eine große Rolle spielt, dass man dann auch das Gefühl hat: Da könnte außerhalb was passieren, weil's in der Psychotherapie nicht genügend offen angesprochen wird, ... das kann z.B. schon auch ein Grund sein, dass man dann sagt: ‚So kann man nicht miteinander arbeiten in einer Psychotherapie.‘ ... sowas wie belogen werden, wenn's um gefährdendes Verhalten geht, das ist schon ein kritischer Punkt, auf jeden Fall. ...ich würd's ja natürlich ansprechen, auch wenn ich das Gefühl hab', ich werde belogen ... Und manchmal ist das ja was ganz was Wichtiges, das ist ein Material, mit dem man dann arbeitet, aber es kann schon sein, dass es eben nicht bearbeitbar wird und das wäre dann für mich schon auch ein Grund, eine Psychotherapie abubrechen.“

„... und manchmal stellt sich heraus, dass, obwohl man im Erstgespräch einen sehr guten Eindruck gehabt hat und auch g'meint hat: ‚Wir können miteinander‘, ist es dann nach vier oder fünf Stunden vielleicht doch so, dass nicht ausreichend Sympathie oder Verbindung entstanden ist, sodass man dann auch noch mal darüber spricht, ob's wirklich das Richtige ist, oder ob vielleicht eine andere Therapeutenpersönlichkeit besser geeignet wäre.“

„... da fällt mir jetzt auch etwas ein, wo ich zwei Mal ganz am Anfang entschieden hab', dass ich das nicht kann oder dass es einfach wirklich nicht passt: ... das war mir von meinen Haltungen und Einstellungen her so wenig möglich bzw. mit aller Bewusstheit auch nicht möglich, so meine eigenen Widerstände weg zu halten, dass ich mich dann entschieden hab', das nicht zu machen.“

(Therapeutin E, Z. 144-149, 390-400, 526-538, 149-153 und 508-514)

„Auf beiden Seiten, dass man merkt, eigentlich, ich sag's einmal ganz pauschal: Man hat kein anhaltendes Interesse. Weder der mögliche Klient oder die Klientin ist in der Lage, sich für meine Angebote an Zuhören, an Aufmerksamkeit zu interessieren, oder bei mir schwindet dieses Interesse – und auch das ist für mich ein Grund, das zu überprüfen und anzusprechen. Und wenn das nicht gelingt, zu einer Veränderung zu kommen, dann beend' ich das im Einvernehmen ...“

„Einmal, oder vielleicht noch ein zweites Mal, wo ich sag': ‚Okay, das war eine Fehleinschätzung, es ist besser, das bleiben zu lassen.‘ ... Wenn ich's wieder auf die Zeit bring': Dass sich das vorhandene Angebot an zeitlichem Rahmen auch nicht ausfüllen lässt. Also so quasi: ... Man hat sich nichts zu sagen auf beiden Seiten. Und wenn man das bemerkt – also ich hab' weder etwas selber zu sagen, noch mir kann etwas gesagt werden, also diese Art von Sprachlosigkeit auftaucht – wär' dann der Indikator dafür zu sagen: ‚Das kann's wohl nicht sein. Das ist nicht der Sinn unserer Zusammenkunft, nicht miteinander sprechen zu können oder nichts sich zu sagen zu haben und nicht zuhören zu können, weil eben nichts gesagt wird.‘“

„... das ist ... über die Jahre gesehen vielleicht drei, vier Mal, wo ich mich jetzt – also ohne lange nachzudenken – an höchstens drei oder vier Situationen erinnern kann, wo ich dann g'sagt hab': ‚Also ich glaub', wir lassen's besser.‘ ... Wenn mein Unverständnis für mich spürbar wird ... also nachhaltiges Unverständnis sich einstellt, also in mir eine Resonanz dieser Art eher entsteht, dann muss ich das sagen und dann ist's auch wirklich gut, aufzuhören.“

(Therapeut F, Z. 32-36, 279-287 und 172-182)

„Ich hab', glaub' ich, zwei Mal in den 33 Jahren eine Psychotherapie beendet – von meiner Seite her. Aber wenn Sie bedenken, dass ich über 40.000 Psychotherapiestunden habe, dann ist das nicht gar so oft. ... beide Male ... hab' ich das von mir aus beendet und hab' gesagt, dass ich glaube, dass ich da nicht hilfreich bin und von meiner Seite her nicht weitertun möchte.“

„Im Grunde gibt's nur zwei Gründe: Ich hab' keine Zeit oder ich empfang' jemanden zum Erstgespräch und sag' am Ende des Gesprächs: ‚Ich bin, glaub' ich, nicht der Richtige für Sie, probieren Sie's doch mit dem oder dem.‘ ... wenn sich bei mir entweder gar kein emotionaler Berührungspunkt ergibt oder wenn sich eine hauptsächlich negative, düstere Stimmung, ein Unbehagen in mir ausbreitet, das jetzt nicht nur auf einen bestimmten Satz zurückzuführen ist, sondern auf eine lange Passage der Darstellung des Klienten, dann würd' ich das als negativ ansehen.“

(Therapeut J, Z. 182-192 und 288-295)

Gegenbeispiele:

„... dass ich das nicht dem Klienten anrechne, sondern mir anrechne, wenn wir nicht recht weiterkommen. ... dann möcht' ich mich bemühen, es doch zu schaffen.“ (Therapeut D, Z. 336-342)

„Ich lass' die Leute einfach mal kommen, also es gibt niemanden, den ich so abgewiesen hab', wo ich g'sagt hab': ‚Also mit denen kann ich wirklich nicht arbeiten', weil meiner Meinung nach ergibt sich's eh von selber. Die Leut' kommen ein paar Mal, und bei denen, wo's wirklich nicht passt, die gehen dann einfach wieder – das ist meine Erfahrung ... Also meiner Meinung nach reguliert sich das von selber ... Weil ich davon ausgehe, sobald jemand kommt – regelmäßig in die Stunde – dann will er auch irgendwas, und alleine das ist einfach schon zu honorieren, quasi.“ (Therapeutin I, Z. 110-126)

6.7.2. Ein Gefühl des Unbehagens (K 7b)

„Das gab's, selten eigentlich. ... Es gab eine Patientin, die – naja, wie, das sind nämlich wirklich mehr so Eindrücke und Stimmungen, die da wirken, die man vielleicht so intuitiv erfasst – also ... die ist bei der Tür hereingekommen und ich hab' ihr die Hand gegeben und hab' dann das Gefühl gehabt: Da geht was ganz Unangenehmes, Düsteres von dieser Person aus, und ... es war uns beiden dann, glaub' ich, sehr schnell klar, dass wir nicht zusammenarbeiten werden, also es war mehr so etwas stimmungsmäßiges.“ (Therapeutin E, Z. 475-484)

„Ja, aber – wie gesagt – das ist sehr häufig im ersten oder zweiten Gespräch, und damit ist das erledigt – also dienehm´ ich nicht. ... Und das sind klassische Fehler von Anfängern, dass man das schlecht einschätzt oder weil man so dringend einen Patienten braucht oder so irgendwas – also das mach´ ich nicht.“ (Therapeutin H, Z. 365-367)

„... wenn jemand etwas schildert, das mir selber ein Unbehagen einflößt – nicht ein punktuell Unbehagen, das ist überwindbar – aber ein generelles Unbehagen einflößt, dann würd´ ich dazu neigen, es nicht zu nehmen. Tritt aber in der Realität ein Mal von 50 Mal auf.“ (Therapeut J, Z. 44-46)

Gegenbeispiele:

„... ichnehm´ dieses Mit-dir-nicht-wohl fühlen im Grunde ja auch als Diagnoseinstrument und sag´: ‚Was heißt das für eine Beziehung, dass ich mich mit wem nicht wohlfühl´? ... ichnehm´ das immer als Indikation für die Störung. (I: Und was bedeutet das für die Beziehung zwischen Ihnen und diesem Klienten?) Na, die muss ich mir regeln. Also es bedeutet nix für die Beziehung, weil der Klient kann nix dafür. Ich muss mit mir in´s Reine kommen und muss schauen, dass ich das für mich so steuere, dass ich es nützen kann. ... (I: ... Und ein Beendigungsgrund wäre das auch, so ein starkes Gefühl des Nicht-wohlfühls?) Nein, absolut nicht. Weil das ist mein Kaffee.“ (Therapeutin C, Z. 260-285)

„... Wobei dieses Nicht-wohl fühlen sich dann auch meist ansprechen lässt, im Sinn von – ich sag´ mal – wachsende Unruhe sein kann. Und dann ist eben die Frage, ob es besprechbar wird oder nicht. Es geht ja nicht darum: Ich muss mich ständig wohlfühlen und wenn es nicht der Fall ist, ist die Therapie beendet, sondern es geht darum, insofern auch meiner Intuition zu trauen, dass in diesem Nicht-Wohlfühlen vielleicht noch etwas verborgen ist, was man erst selber entdecken muss, gemeinsam mit dem Klienten auch ansprechbar. ... Also diese Art von Unruhe und Nicht-Wohlfühlen kenn´ ich auch.“ (Therapeut F, Z. 330-342)

6.7.3. Aufkeimende Angstgefühle (K 7c)

„... einer von den zwei Fällen, wo ich aufgehört habe, war so, dass ich Angst bekommen hab´ in der Therapiestunde vor ihm ... das war so eine Geschichte, wo er so Phantasien gehabt hat, Frauen zu quälen und zu foltern und so weiter. ... das hat er in der Therapie also ausgebreitet, sehr ausführlich, diese Phantasien. Und da ist mir immer mulmiger geworden und da hab´ ich gemerkt, ich fang´ mich zu fürchten an ... mit dem hab´ ich dann irgendwie besprochen nach fünf Stunden, dass ich glaub´ irgendwie, es geht nicht gut zwischen uns ...“ (Therapeutin A, Z. 277-284)

„Das waren zwei Klienten, an die ich denke, wo ich die Therapie auch beendet habe ... Einer mit einer ganz massiven sadomasochistischen Gewaltproblematik und auch, wo sich so ein Beziehungswahn herauskristallisiert hat, und ich gemerkt habe, dass das heikel ist in einer freien Praxis. ...also der hat eine Problematik gehabt in diese Richtung, und das hab´ ich beendet. ... Und beim anderen, der hatte solche eigenartigen Wahnphantasien mit Projektion, also die Therapeutin als Hexe ...und das hab´ ich auch abgebrochen. ... wo er dann so Phantasien hatte, also jemand, der ihn verletzt hat, dem legt er jetzt eine Bombe unters Auto, also da hab´ ich dann gedacht, das mach´ ich nicht in der freien Praxis, da ist zuwenig Schutz. Ich kann nur gut arbeiten, wenn ich keine Angst krieg´ ...“ (Therapeutin G, Z. 356-375)

Gegenbeispiel:

„Also ich kann mir das gar nicht vorstellen, weil Angst bekommen ... Ich glaub´, ich würd´ dann schon sehr hart werden auch: ‚So, bitte, das geht jetzt nicht‘ oder: ‚Das brauchen´S mir nicht erzählen‘. ... Also wenn ich´s als therapiewertig sehe, was er da anspricht, dann würd´ ich dran arbeiten, ganz normal, dann kann der mir erzählen was er will, warum soll mich das irgendwie. Und wenn ich´s nicht als therapiewertig finde, sondern wenn ich denk´, der will mir da jetzt ein G´sichtl reindrücken oder

der will jetzt irgendwas, dann würd' ich da sehr klar sagen: ‚Horchen Sie her, das brauchen wir jetzt nicht, was wollen Sie jetzt hier? Das ist eine Therapie und was wollen Sie damit, was wollen Sie erreichen? Okay, wenn Sie daran arbeiten wollen, dass es Ihnen besser geht, dann können wir jetzt wieder dran arbeiten‘. – Aber dem anderen würd' ich einfach ziemlich klar einen Riegel vorschieben.“ (Therapeutin I, Z. 445-455)

Fazit:

- Für sieben Therapeuten gibt es unterschiedliche Gründe, weswegen eine Therapie von ihrer Seite aus abgebrochen wird, etwa wenn Klienten eigentlich kein Anliegen haben oder nichts verändern wollen, das Gewaltpotenzial vom Klienten zu hoch ist, kein anhaltendes Interesse auf beiden Seiten besteht, ein Unverständnis beim Therapeuten spürbar wird oder das Gefühl besteht, nicht hilfreich zu sein – um einige der oben angeführten Beispiele zu nennen.
- Aufgrund eines generellen Unbehagens haben drei Therapeuten im Laufe ihrer Tätigkeit eine Therapie abgebrochen, wohingegen eine Therapeutin explizit anmerkt, dass ein Gefühl des Unwohlseins für sie keinen Beendigungsgrund darstellt.
- Zwei Therapeutinnen kennen das Gefühl auftretender Angst, weswegen beide bereits eine Therapie ihrerseits beendet haben, was wiederum für Therapeutin I kein Grund für einen Abbruch wäre.

6.8. Umgang mit Weitervermittlung (K 8)

Angesichts der Tatsache, dass Selbstselektion auf Therapeutenseite mit der Weitervermittlung von Klienten in Zusammenhang steht, wird diesem Aspekt im Rahmen der achten und letzten Kategorie Aufmerksamkeit zuteil. Allgemein gehaltene Expertenaussagen hinsichtlich des Umgangs mit Weitervermittlung werden in der Subkategorie 6.8.1. vorgestellt, gezielte Anmerkungen sind gesondert im Subkapitel 6.8.2. zusammengefasst.

6.8.1. Allgemeine Aspekte (K 8a)

„Also ich schick' ja laufend Klienten weiter, weil ich keinen Platz hab'.“ (Therapeut D, Z. 280f)

„Also es gibt Situationen, da hab' ich den Eindruck, ich versteh' es nicht. ... Das sag' ich dann ... auch ...: ‚Ich hab' einfach keinen Zugang. Es tut mir leid, ich hab' mich bemüht, aber es geht nicht, ich versteh' s nicht.‘ ... Dann versuch' ich, jemanden weiterzuvermitteln.“ (Therapeutin C, Z. 223-226)

„... wichtig ist für mich, da keine Schuldzuweisungen, sondern es passt halt jetzt nicht – also auch den Mut zu haben, weiterzuverweisen.“ (Therapeutin G, Z. 86-88)

„... für den Fall, dass so quasi Wunsch nach einem anderen Beziehungsangebot in Therapie besteht, kann ich sagen, ich könnt' drüber nachdenken, aber nicht so, dass ich das, also eine Strategie oder Adressliste vorbereitet in die Stunde bringe, sondern das wär' eher erst eine Frage, über die ich dann noch selber mal nachdenken müsst'. Nämlich, an wen [Betonung] ich z.B. dann vermitteln würde oder empfehlen würde. ... Ob eine bestimmte Person vielleicht geäußerten Erwartungen eher entsprechen könnte.“

„Aber es kommt auch oft so – also bei den wenigen Malen, wo das der Fall ist, kann dann auch durchaus rauskommen – dass man dann das nicht von mir wissen will. Was ich auch verstehen kann. ... Da muss sich der Klient so quasi von mir einerseits – ich sag' einmal – entfernen und würd' nicht unbedingt drauf Wert legen, justament von mir dann den Tipp für's Weitermachen zu bekommen.“ (Therapeut F, Z. 68-83 und 74-78)

Anmerkungen zur Institution:

„(I: Also darf Weitervermittlung Ihrer Meinung nach durchaus stattfinden?) Absolut. Das ist bei uns sowieso der Fall. ... [Weiterverweisung findet] sehr viel [statt]: ... Beratungsstellen aller Art, stationär, ambulant, alles, was uns zu Gebote steht, auch natürlich niedergelassene Kollegen – wenn's finanziell irgendwie geht. Ich mein', bei uns ist es schon ein Kriterium, wenn wer zahlen kann, dann geht er hinaus.“

„Bei uns kostet die Therapie nur einen Krankenschein im Quartal. Wenn ich das Gefühl habe sozusagen, die Versorgung – die Erstversorgung oder auch Zweitversorgung – ist gelungen, und eigentlich hat der oder die Geld, dann kann's passieren, dass ich dem Patienten erkläre, dass er bitte woanders hingehen soll. Weil, also das ist eigentlich nicht vertretbar, dass wir auf Dauer wen behandeln oder langfristig behandeln, der das eigentlich auch zahlen kann. Dazu sind die Patienten, die wirklich kein Geld haben, viel zu viel.“ (Therapeutin H, Z. 369-379 und 269-274)

Gegenbeispiele:

„Schau'n Sie, wenn ich will, hab' ich immer einen freien Platz. ... ich mein', das gilt für jeden Therapeuten. Wenn einen wirklich wer interessiert oder sehr gefällt oder was auch immer, dann findet man immer eine Lücke, also das glaub' ich niemandem. Ich glaub', es spielen Überlegungen eine Rolle, also gibt's sozusagen Themenbereiche, die mich interessieren. ... Gewisse Vorlieben – sagen wir's einmal so. Und das ist z.B. ein Punkt, aber das ist hoch individuell.“ (Therapeutin H, Z. 200-209)

„...das ist mir in letzter Zeit einige Male passiert ... ich hab' etliche Patienten übernommen, wo ich das Gefühl gehabt hab', ich kann sie nicht wegschicken, und zwar aufgrund ihrer organischen Erkrankung. ... also da hab' ich das Gefühl g'habt – die hatte ich alle im Erstgespräch – die kann ich einfach nicht mehr weiterschicken, das geht nicht mehr. (I: Weil das eine zu große Belastung wäre, da jetzt abgewiesen zu werden?) Ja, ja. Und ich mir auch denk': Die nimmt niemand. Wer will schon einen Sterbenden begleiten, noch dazu psychotherapeutisch? ... das ist dann nicht wirklich wegzuschicken.“ (Therapeutin H, Z. 210-220)

6.8.2. Gezielte Weitervermittlung (K 8b)

„Das sind einfach Kolleginnen oder Kollegen, wo ich einfach ein gutes Gefühl hab'. Wo ich weiß, die arbeiten gut und ähnlich sozusagen wie ich, das sind einzig und allein die Kriterien.“ (Therapeutin A, Z. 329f)

„Wenn ich beim Erstgespräch, beim Erstkontakt am Telefon schon merk', es passt nicht, dann vermittele ich ihn gleich an irgendjemand anderen weiter.“ → „Ich hab' ... Adressenlisten, wo man schauen muss, entweder von Beratungsstellen – wenn ich's G'fühl hab', da passt das besser – oder auch von Therapeuten ... wo ich Adressen und Telefonnummern hab', die ich dann weitergeb'. Und wo ich auch ungefähr dann im Kopf hab', das könnt' passen oder die Kollegin arbeitet gern mit so einer Klientengruppe oder ich hab's G'fühl: Das passt zu ihr.“

„Logotherapeuten sind das, dann auch eine Kollegin die XXX macht, und sonst Personenzentrierte. Ein Analytiker ist auch dabei. Aber hauptsächlich Personenzentrierte Psychotherapeuten, weil ich einfach da meine Kontakte am meisten hab'.“ (Therapeutin B, Z. 89f, 365-370 und 375-377)

„Also wenn's beim Erstgespräch passiert, dann sag' ich's auch, dann sag' ich: ‚Dort wären Sie, glaub' ich, besser aufgehoben.‘ Oder vielleicht auch bei einem Mann, nicht bei mir als Frau. Das sag' ich dann. ... Oder ich fühl' mich zu alt, das gibt's auch. Also z.B. wenn eine 17jährige kommt, dann glaub' ich, dass meine Kollegin besser ist, weil sie näher dran ist.“

„(I: ... Und dann vermitteln Sie diesen Klienten weiter? ... Auf welche Weise? Also ich nehm' mal an, Sie geben die Adressen?) Ja, oder ich frag' selber nach, ob ein Platz frei ist, damit jemand nicht weggeht und hat nix. Oder es ist eher was sozialarbeiterisches, dann schau' ich, dass ich dort was krieg'. Also ich halt die Hand so lang, bis die andere Hand zugreift.“ (Therapeutin C, Z. 306-309 und 338-343)

„... solche, die unbedingt ein Gespräch mit mir haben wollen, wo schon klar ist, die kann ich nicht nehmen, ... da ist die Überlegung dann schon: Wer könnt' da passen, welche Personen? ... Und auch nicht nur jetzt persönlich – vom Stil der Persönlichkeit her – sondern von, es geht ja oft um: Ist das ein Student oder ist das ein schon älterer Mensch – den würd' ich nicht zu einem jungen Anfänger bei uns schicken.“

„Ich geb' denen die Telefonnummern und Adressen ... immer von zwei, drei, weil ich ja nicht immer am laufenden Stand bin, ob die grad einen Platz haben.“ (Therapeut D, Z. 282-288 und 292f)

„... wenn jemand mit dem – da spielt jetzt dann schon die Methode rein – so wenn hypnotherapeutische Psychotherapie dann etwa im Vordergrund stehen soll, das ist bei mir nicht, ... da kann's dann auch sein, dass ich einer anderen methodischen Ausrichtung zuweise oder empfehle.“

„... [es gibt] bestimmte Thematiken [Betonung], wo ich mir dann manchmal überlege: Das wäre vielleicht bei einem männlichen Psychotherapeuten besser aufgehoben.“ → „... den hab' ich dann – weil das hat auch noch eine Rolle gespielt in dem Fall – einem männlichen Kollegen zugewiesen ... also mit dem Kontakt aufgenommen und ihn dorthin geschickt ...“

„Patienten ... [die] gern ein strukturierteres Angebot hätten, ... [die] sagen: ‚Ich hätte gerne jemanden, der ein bisschen strenger mit mir umgeht und mir sagt, was ich tun soll und klarer ist in den Anweisungen.‘ Also da würd' ich dann auch an andere Kolleginnen denken, die das wahrscheinlich besser machen als ich.“

„... [da] hab' ich eine Kollegin, die das sehr gut kann und wo ich auch sehr gerne auch dorthin empfehle“ (Therapeutin E, Z. 197-202, 188f, 396-398, 193-197 und 217f)

„... ich hatte den Eindruck, da kann ich jetzt nicht genug für ihn tun, und hab' ihn dann an einen erfahrenen Kollegen, der sich sehr viel mit Essstörungen beschäftigt, weiterempfohlen.“ → „... wenn jemand zu mir kommt, dann würd' ich insgesamt die Verpflichtung sehen – wenn ich ihn nicht nehme – dass ich ein Angebot mach' oder einen Hinweis gebe, wo man hingehen könnte ...“

„... nachdem ich in zwei Ansätzen zu Haus' bin, ist der Kreis ein bisschen größer, aber ich würde heute nur mehr Personen empfehlen, die ich ... beruflich kenne, die ich aus ihrer Arbeit kenne, mit denen ich ein Stück Ausbildung gemacht hab' oder Supervision gemacht hab' oder sowas. Ich hab' eine schlechte Erfahrung gemacht mit Personen, die ich nur aus der Liste nehme – ... und das möcht' ich nicht wiederholen. Also der Kreis der Personen, die ich kenne, ist groß, aber Personen, die ich gar nicht kenne, würd' ich halt nicht mehr empfehlen. Das schließt aber auch Personen ein, die mit anderen Verfahren arbeiten.“ (Therapeut J, Z. 104f, 76f und 84-90)

Anmerkungen zur Institution:

„Also wir tun untereinander auch vergeben, oder weitergeben. ... weil ich glaub', dass die das besser kann. ... Oder eben aufgrund des Alters zum Beispiel oder, oja, etwas gibt's da auch noch: Die, z.B. die Frau X, ist sehr viel, die arbeitet sehr viel langsamer wie ich. Und wenn ich den Eindruck hab', ich bin zu schnell oder zu leistungsorientiert – ich bin sehr leistungsorientiert – und ich würde diese Geduld nicht aufbringen können, so langsam vor mich hin zu arbeiten.“

„... oder auch Fach- oder auch Kolleginnen, die außerhalb sind, aber was Spezielles gut können, wie z.B. Essstörungen oder Borderline-Störungen – da hab' ich einfach Leut', die das besser können wie ich. – Die eine andere Geduld aufbringen.“ (Therapeutin C, Z. 314-323 und 334-336)

„Dieser telefonische oder persönliche Erstkontakt wird von einem der Therapeutinnen oder Therapeuten hier entgegengenommen – da gibt's auch bereits erste klärende Fragen, ... weil man unter Umständen auch schon bei diesem Vorkontakt an andere Institutionen weiterverweist. ... Es gibt Leute, die rufen bei uns an oder kommen zu uns, weil wir sozusagen weniger stigmatisiert sind, und dann muss man aber trotzdem die Weichen dorthin stellen, wo sie hingehören.“

„Ich mein', wir schicken auch Leut' auf die Verhaltenstherapie, wir schicken Leut' in stationäre Behandlung, wenn wir uns einfach nicht vorstellen können, dass das so geht. (I: Also passiert das auch, Verfahren, die hier nicht angeboten werden, dann?) Natürlich, ja natürlich.“

„... jeder von uns hat einen Erstgesprächstermin pro Woche, und entsprechend der Problematik versucht man dann, gleich einzuteilen. ... Und da gibt's also gewisse – wie soll ich mich ausdrücken – Schwerpunkte, ein Kollege von mir macht XXX – nur als Beispiel – oder wer anderer ist relativ hoch spezialisiert auf XXX, also wenn da was ist, oder wenn man vermuten kann, dass der für XXX in Frage kommt, ist wieder wer anderer und so weiter.“ (Therapeutin H, Z. 40-46, 97-99 und 58-65)

„... da gibt's jede Woche eine Teambesprechung, da wird jeder Fall besprochen. ... und in der Regel wird da noch gar nicht jetzt entschieden, was – also manchmal schon – aber meistens sozusagen diskutiert man den Fall und versucht also zu klären, welche Punkte noch zu klären sind oder was noch offen ist. ... was auch immer sehr interessant ist, weil es durchaus auch unterschiedliche Meinungen gibt.“

„... relativ wenig Patienten, die ich im Erstgespräch seh', behalte ich. Und, also das ist natürlich auch eine Frage, wie ich den dann weiterverkauf', das sind ja Verkaufsgespräche, die man dann führt.“ (Therapeutin H, Z. 75-87 und 190-192)

„... in der Teambesprechung werden die Fälle vorgestellt und die Therapeuten, die Plätze frei haben – also irgendeiner sagt dann: ‚Ja, okay, den übernehm' ich' ... Und da wird nicht – also selten, manchmal vielleicht schon, aber normalerweise nicht – drüber diskutiert, welche Methode hast du jetzt – einfach ein Therapeut meldet sich: ‚Ich übernehm' den', und damit ist es erledigt.“ (Therapeutin I, Z. 144-150)

„Also wir harmonieren nicht – das merkt man sehr schnell. Also ehrlich gesagt, das merk' ich im ersten Gespräch. ... Dann versuchen wir, das anders zu verteilen.“ (Therapeutin H, Z. 318-320)

„... wenn ein Therapeut nicht passt, dass man dann sagt: ‚Mit dem geht's einfach nicht' – der kommt dann woanders hin. Also solche Fälle gibt's schon.“ (Therapeutin I, Z. 168f)

Gegenbeispiele:

„Ich glaub', dass die Frage des Geschlechts nur am Anfang eine Rolle spielt. Ich hatte in den vielen Jahren einen einzigen Fall, wo jemand dann sozusagen die Probleme bei einer Frau bearbeiten wollte. Ich glaub', das ist am Anfang mehr so eine Vorstellung, wem gegenüber könnt' ich mich leichter öffnen. Wenn aber ein gewisses Vertrauen entstanden ist und eine gewisse therapeutische Beziehung entstanden ist, dann versucht man darin zu arbeiten, und das Thema mit dem anderen Geschlecht des Therapeuten taucht nicht mehr auf.“ (Therapeut J, Z. 216-221)

„Ich musste einmal eine Patientin von einer Kollegin übernehmen, die schwanger wurde und dann sehr plötzlich in den Mutterschutz ging, und das war nicht nur sehr schwierig aus der Situation heraus, sondern auch, weil mir die Patientin relativ unsympathisch war. Aber da hat's einfach für

mich keinen Weg gegeben, also die musste einfach überbrückt werden. ... Da muss man dann durch. Aber das müssen sie auch nur in einer Institution.“ (Therapeutin H, Z. 321-339)

Zur besseren Verständlichkeit der nachstehenden Zitate wird der Hinweis gegeben, dass es sich um Antworten auf folgende Frage handelt: „Haben Sie sich schon einmal gedacht, ein bestimmter Kollege oder eine Kollegin könnte mit dieser spezifischen Symptomatik oder Problemlage des Klienten oder der Klienten besser umgehen?“

„Also wenn ich mit dem Menschen an sich arbeiten kann, dann stell' ich mir die Frage nicht, muss ich sagen. ... Also ich hab' das noch nie gemacht, dass ich dann sag': ‚Gehen Sie lieber zu dem Therapeuten X, weil der ist mehr spezialisiert auf Ihr Problem.‘ – Das hat noch nie stattgefunden.“ (Therapeutin A, Z. 258-264)

„Das hab' ich mir durchaus gedacht, ja. Aber im Rahmen: Na, aber mich interessiert es auch! Also ich beiß' mir zwar vielleicht die Zähne aus oder ich strudl' herum, aber es muss ein grundlegendes Interesse von mir da sein.“ (Therapeut D, Z. 273-275)

„Ja, durchaus. Also nicht jetzt ständig und nonstop, aber dass ich mir durchaus denken kann: Da gibt's – also nicht viele aber wenige – Kolleginnen oder Kollegen, die das durchaus auch gut könnten ... Also nicht, dass ich die jetzt in dem Sinn: ‚Gehen Sie doch besser zu Herrn oder Frau Soundso' eine Weiterempfehlung auf den Lippen hätte, aber trotzdem mir vorstellen kann, da gibt's sicher Leute, die da auch Erfahrungen haben. (I: Aber ... die Zusammenarbeit zwischen Ihnen beiden geht dann trotzdem weiter?) Ja.“ (Therapeut F, Z. 362-367)

„Naja, der Gedanke kommt schon immer wieder ... also das würd' ich absolut zugeben ... [aber] wenn ein anderer, den ich kenne, damit vielleicht geschickter umginge, würde das jetzt noch nicht automatisch heißen, dass ich's selber nicht probiere. ... Das Eingeständnis, dass jemand anderer vielleicht besser ist als ich, das geb' ich gerne und oft, aber es würde noch nicht unbedingt bedeuten, wenn ich mich entschieße, mit jemandem zu arbeiten, dass ich das dann nicht tue. Man könnt's vielleicht kurz fassen: Soviel schlechter bin ich dann auch nicht.“ (Therapeut J, Z. 313-334)

„Ich weiß es nicht. Ich sag' es ganz ehrlich: Ich weiß es nicht, wie die Kollegen arbeiten. Keine Ahnung.“ (Therapeutin G, Z. 414f)

Fazit:

- Dass Weitervermittlung stattfindet, wird im ersten Teil dieser Kategorie deutlich, in der fünf Therapeuten unterschiedliche Stellungnahmen abgeben, beispielsweise wenn ein Therapeut keinen weiteren Klienten nehmen kann oder keinen Zugang zu dessen Problemen findet. Therapeutin H, die in einer Institution arbeitet, gibt den finanziellen Gesichtspunkt als Ursache für Weiterverweisung an.
- Acht Therapeuten äußern sich bezüglich gezielter Weitervermittlung und führen verschiedene Überlegungen dazu an: Es wird z.B. darüber reflektiert, welche Therapeutenpersönlichkeit im gegebenen Fall passen könnte oder ob eventuell eine andere methodische Ausrichtung geeigneter wäre. Darüber hinaus werden – sofern vom Klienten gewünscht – die Kontaktdaten anderer Therapeuten zur Verfügung gestellt oder selbst nach einem passenden Ersatz gesucht. Von zwei Therapeuten

werden gezielt die Kompetenzen anderer Kollegen genutzt und dorthin weitervermittelt. Dem gegenüber stehen die Aussagen von vier Therapeuten (siehe Gegenbeispiele), die zwar durchaus die Fähigkeiten von Kollegen schätzen, jedoch keine Zuweisung in Betracht ziehen.

Im Anschluss an die ausführliche Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden diese im nächsten Kapitel einer Interpretation und Diskussion unterzogen und dabei mit dem Theoriegebäude in Verbindung gebracht. Dieser intensiven Auseinandersetzung wird eine tabellarische Zusammenfassung der wichtigsten Interviewergebnisse vorangestellt, wodurch ein detaillierter Überblick gewährleistet ist.

7. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Aus den im vorangegangenen Kapitel angeführten Interviewergebnissen werden nun Kausalmechanismen herausgearbeitet, die in Anlehnung an den theoretischen Rahmen interpretiert und zugleich einer Diskussion zugeführt werden. Zum Zwecke einer fundierten Beantwortung der Forschungsfrage (diese erfolgt in der Zusammenfassung) proklamieren Gläser und Laudel (2004) die Notwendigkeit einer Konfrontation der „empirischen Ergebnisse mit dem theoretischen Kontext“ (S. 254). Auf Grundlage dieser „fall-basierten Erklärungsstrategie“ (Gläser & Laudel 2004, S. 254) sollen Zusammenhänge aufgezeigt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede einander gegenübergestellt und eventuelle Widersprüche aufgedeckt werden. Um dies zu gewährleisten, wird das Erhebungsmaterial in Anlehnung an die Hauptkapitel des theoretischen Teils exakt diesen drei Themenblöcken zugeordnet. Die extrahierten und in Form des Kategoriensystems dargestellten Transkriptquellen bilden die Basis, um „plausible Schlussfolgerungen aus den vorhandenen Informationsfragmenten“ (Gläser & Laudel 2004, S. 210) ziehen zu können. Dieses interpretative Vorgehen dient zum einen dazu, die vorhandenen theoretischen Überlegungen zu differenzieren, zum anderen besteht die Möglichkeit, gegebenenfalls neue Ansätze zu konstruieren, womit der „theoriekonstruierende Charakter der Interpretation“ (Gläser & Laudel 2004, S. 257) angesprochen wird.

Die folgende Tabelle verdeutlicht in übersichtlicher Form die zuvor präsentierten Ergebnisse, anhand derer die weiteren, eben erläuterten Arbeitsschritte, gesetzt werden. Wichtig ist der Hinweis, dass sich die angegebenen Nennungen innerhalb einer Subkategorie jeweils auf eine Person beziehen und jene Experten, die mehrere aussagekräftige Bemerkungen machten, in jeder Subkategorie nur einmal gezählt wurden.

Kategorie	Nennung
K 1: Indikation zur Psychotherapie	
<u>K 1a:</u> Klientenvariablen	6
<u>K 1b:</u> Gezieltes Ansprechen durch den Therapeuten	2
K 2: Therapieverfahren und Symptomatik des Klienten	
<u>K 2a:</u> Passt die Therapiemethode?	7
<u>K 2b:</u> Alternative Therapieverfahren	3
<u>K 2c:</u> Intensive Betreuungsform	4
K 3: Bedeutung des Intakers	
<u>K 3a:</u> Ablehnung	3
<u>K 3b:</u> Vor- und Nachteile	5
<u>K 3c:</u> Akzeptanz	2
K 4: Passung zwischen Therapeut und Klient	
<u>K 4a:</u> „Einfach mal ausprobieren“	5
<u>K 4b:</u> Der Klient wird auf Passung hingewiesen	4
<u>K 4c:</u> Es braucht das Gefühl: „Miteinander können“	5
<u>K 4d:</u> Besondere Indikatoren	6
<u>K 4e:</u> Der Therapieverlauf	5
K 5: Das therapeutische Beziehungsangebot	
<u>K 5a:</u> Die drei Kernvariablen als Basis des personenz. Ansatzes	8
<u>K 5b:</u> Die Kernvariablen in Ansätzen	5
<u>K 5c:</u> Anmerkungen zum adaptiven Vorgehen	3
K 6: Selektion im Vorfeld	
<u>K 6a:</u> „Das nehm´ ich nicht“	6
<u>K 6b:</u> „Da bin ich nicht gut“	4
K 7: Abbruch der Therapie	
<u>K 7a:</u> Unterschiedliche Gründe	7
<u>K 7b:</u> Ein Gefühl des Unbehagens	3
<u>K 7c:</u> Aufkeimende Angstgefühle	2
K 8: Umgang mit Weitervermittlung	
<u>K 8a:</u> Allgemeine Aspekte	5
<u>K 8b:</u> Gezielte Weitervermittlung	8

7.1. Überlegungen zur differenziellen Indikation

Im ersten Kapitel des Theorieteils wurde beschrieben, wie wesentlich es ist, dem Aspekt der Indikation nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im Rahmen therapeutischer Behandlung zum Wohle des Klienten Beachtung zu schenken. Es gilt, im Erstgespräch zu beleuchten, ob ein Patient für Psychotherapie überhaupt indiziert ist und welches Verfahren gegebenenfalls die geeignete Behandlungsform darstellt.

Die Überlegungen der Experten im Hinblick auf die Indikationsfrage wurden im Ergebnisteil anhand der ersten beiden Kategorien aufgezeigt. Die Mehrheit der Befragten räumt ein, dass es auf Klientenseite bestimmte Merkmale brauche (siehe Kategorie 1), die als „Basis jeder Therapie“ (Therapeutin G, Z. 240) grundlegend sind für förderliches psychotherapeutisches Arbeiten, weil „wenn er [der Klient; Anm. v. Verf.] nicht ein bisserl selber will ..., dann bringt's das nicht“ (Therapeutin I, Z. 239f). Kriterien wie Eigenmotivation, Interesse zur Selbstexploration und die Bereitschaft zur Veränderung werden ebenso genannt wie die Fähigkeit zur Mitarbeit und zu psychologischem Denken. All diese Variablen seien kennzeichnend für Indikation zur Psychotherapie.

Diese Beschreibungen illustrieren, dass Indikationsentscheidungen nicht im Sinne einer Symptomorientierung oder diagnosebezogen gefällt werden, sondern bestimmte menschliche Eigenschaften werden als notwendige Kriterien für Psychotherapie angeführt, um mit einem Klienten arbeiten zu können. Folgende prägnante Aussage soll dieser Abweichung vom diagnostischen Klassifikationsdenken Gewicht verleihen: „Sie können nicht nach Diagnose – ist egal, welche Diagnoseschemata Sie verwenden – ... zuweisen, weil einfach das Gesamtbild eine Rolle spielt“ (Therapeutin H, Z. 125-127). Auffallend ist, dass eine Therapeutin gezielt die Ressourcen der Klienten erfragt, wodurch sich ergeben kann, dass keine psychotherapeutische Behandlung bei ihr begonnen wird. Ein ähnliches Verhalten zeigt sich bei Therapeut J, der einen Klienten darauf hinweisen würde, wenn ihm „Psychotherapie in einem bestimmten Fall nicht hilfreich vorkommt“ (Z. 115), dennoch stünden diesem Klienten einige Gespräche zur Klärung dieser Situation zur Verfügung. Diese beiden Beispiele demonstrieren, dass es aufgrund des gezielten Ansprechens durch die Experten passieren kann, dass sich keine Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Klienten ergibt, wobei insbesondere anhand des zweitgenannten Beispiels der Bezug zum Indikationsdenken deutlich wird.

Hinsichtlich der Indikationsfrage des Zusammenpassens der angebotenen Therapiemethode mit der Symptomatik oder Problemlage von Klienten (siehe Kategorie 2) erachten vier Therapeutinnen die Personen- bzw. Klientenzentrierte Psychotherapie als passendes Verfahren für alle Störungsbilder. Diese Behauptungen lassen den Schluss zu, dass der persönlichen Einstellung des Klienten sowie dessen „Empfänglichkeit ... für ein bestimmtes Therapieverfahren“ (Boll-Klatt et al. 2005, S. 182) keinerlei Beachtung geschenkt wird.

Während fünf Experten die Beziehungsebene hervorheben: „... es gilt immer nur: passt die Beziehung oder nicht“ (Therapeutin A, Z. 68) und Indikationsentscheidungen nicht auf Symptombasis oder in Anlehnung an die Arbeitsweisen konkurrierender Psychotherapierichtungen treffen, sieht Therapeutin H durchaus bestimmte Problemlagen als typisch indiziert für Gesprächspsychotherapie, wohingegen sie manche Krankheitsbilder – etwa Patienten mit einer Borderline-Störung – nicht klientenzentriert behandeln würde. Hier wären alternative Therapieverfahren ihrer Meinung nach besser geeignet. Diese Ansicht teilen zwei Expertinnen bezüglich jener Klienten, die mit dieser Psychotherapierichtung „nix anfangen [können]“ (Therapeutin I, Z. 284) oder „gern ein strukturiertes Angebot hätten“ (Therapeutin E, Z. 194), womit die Behandlungserwartungen (Faller 1998) von Klienten sowie deren – zuvor angeführte – Empfänglichkeit hinsichtlich der Gesprächspsychotherapie Berücksichtigung finden. Des Weiteren befindet etwa die Hälfte der Befragten den personenzentrierten Ansatz in jenen Fällen, in denen Patienten eines intensiven Rehabilitationsprogramms zur Behandlung ihrer Erkrankung bedürfen, als unzureichend. Diese Sichtweisen belegen, dass einige der Interviewten – es handelt sich ausschließlich um Therapeutinnen – die Aspekte differenzieller Indikation in ihre Überlegungen integrieren. Diesbezüglich ist anzumerken, dass in der Institution, in der Therapeutin H arbeitet, bereits beim telefonischen Erstkontakt entsprechende Maßnahmen getroffen werden, wenn die Behandlungsangebote dieser Einrichtung der spezifischen Störung oder Problemlage eines Klienten nicht entsprechen, „weil man unter Umständen auch schon bei diesem Vorkontakt an andere Institutionen weiterverweist“ (Therapeutin H, Z. 43). Diese Vorgehensweise im Hinblick auf Indikationsüberlegungen entspricht jener im Subkapitel 2.3.2. dargestellten, da die „jeweils gegebenen Situationsbedingungen“ (Kächele & Kordy 2003, S. 433) der Institution berücksichtigt werden.

Kategorie drei zeigt all jene Aussagen der interviewten Personen zum Thema ‚Intaker‘ auf, die in der Literatur als Indikationsspezialisten vorgestellt werden (siehe Subkapitel 2.3.1.). Solche Therapeuten stehen den Klienten beratend zur Seite wenn es um die Frage geht:

„Welche Behandlung bei welchem Therapeuten?“ Dazu gibt es divergierende Meinungen unter den Experten: Drei der Befragten sprechen sich eindeutig gegen solch eine Vorgehensweise aus, weil sie als wichtig empfinden, „dass derselbe Therapeut ... dann auch die Therapie macht“ (Therapeutin A, Z. 134f). Fünf Interviewte verzeichnen neben Nachteilen auch gewisse Vorteile: Zum einen sei es sinnvoll, „um einmal zu schauen, wo ist die Problematik, braucht der [Klient] überhaupt Psychotherapie“ (Therapeutin G, Z. 159f) – wodurch der Indikationsfrage Aufmerksamkeit zuteil wird –, zum anderen kommt der Klient infolge dieser Vorgespräche in die belastende Situation, „seine Geschichte mindestens zweimal [zu] erzählen“ (Therapeut J, Z. 137). Lediglich zwei Therapeutinnen sprechen sich für die Funktion eines Intakers aus – was wohl darin gründet, dass sie selbst diese Tätigkeit ausüben – und erachten diese als sinnvoll, um herauszukristallisieren, „ob Therapie überhaupt und ... helfen, jemanden zu finden“ (Therapeutin C, Z. 172f), was nach Ansicht von Therapeutin H die Voraussetzung eines „Therapeutennetz[es], das man gut kennt“ (Z. 250f) mit einschließt.

7.2. Passung zwischen Therapeut und Klient

Sehr ausführlich wurde der Aspekt der Passung im Rahmen des zweiten Kapitels diskutiert, wobei eine intensive Auseinandersetzung mit dem Passungsmodell nach Orlinsky & Howard (1988) erfolgte, anhand dessen eine Abstimmung der Persönlichkeitsmerkmale von Therapeut und Klient sowie des Behandlungsmodells des Therapeuten und der spezifischen Erkrankung des Klienten konstatiert wird. Die Kategorien 4 und 5 beinhalten einerseits die Äußerungen zum Thema ‚Passung‘, andererseits werden die Bemerkungen zur Bedeutung des therapeutischen Beziehungsangebots vorgestellt.

Zum Zwecke einer Prüfung der Passung zwischen Therapeut und Klient veranschlagt die Hälfte der Befragten probatorische Sitzungen, im Zuge derer das Zueinanderpassen beidseitig hinterfragt werden kann und in denen eine Passungsentscheidung dahingehend gefällt wird, „ob wir [Therapeut und Klient; Anm. v. Verf.] weitertun können oder nicht“ (Therapeut F, Z. 143). Auffallend ist, dass eine Therapeutin diese Probesitzungen anbietet, wenn sie ihrerseits eine Unsicherheit gegenüber einem bestimmten Klienten wahrnimmt, um nach einigen gemeinsamen Sitzungen prüfen zu können: „Passt´s oder passt´s nicht“ (Therapeutin B, Z.

102). Probesitzungen dienen folglich keineswegs nur den Klienten zur Klärung der Frage, ob sie mit dem jeweiligen Therapeuten arbeiten werden können, sondern bieten auch den Experten die Gelegenheit, die Möglichkeit der weiteren Zusammenarbeit zu prüfen. Vier Praktiker machen ihre Klienten explizit darauf aufmerksam, das Moment der Passung zu beachten, indem der Hinweis gegeben wird, „dass Klient und Therapeut miteinander können sollen“ (Therapeut D, Z. 139).

Analog zu den Indikationsüberlegungen zeigt sich auch im Hinblick auf das Zusammenpassen der Akteure einer Psychotherapie, dass bei fünf Therapeutinnen die Gefühlsebene im Vordergrund steht: „Also in erster Linie achte ich drauf, ... ob ich das Gefühl hab', wir können miteinander eine Beziehung aufbauen“ (Therapeutin B, Z. 42f). Trotzdem nennen sechs Experten konkrete Indikatoren, die als grundlegend für eine weitere Zusammenarbeit beschrieben werden: Es bedarf eines ‚Rapports‘ bzw. eines ‚Drahts‘ zwischen Therapeut und Klient, einer Verständigungsebene sowie des Vorhandenseins von Mitgefühl oder Wertschätzung und Respekt, aber auch einer Passung in den Einstellungen und Haltungen – um nur einige exemplarisch anzuführen. Im Besonderen soll hier das Zitat von Therapeut D Erwähnung finden, in welchem er darauf hinweist, dass auf Therapeutenseite eine „emotionale Resonanz“ (Z. 39) entstehen müsse – im Sinne eines grundlegenden Interesses am Gegenüber –, um mit einem Klienten arbeiten zu können. Auch Therapeut F greift in seinen Schilderungen diese Bezeichnung auf (Z. 48). Dieselbe Terminologie verwendet Hutterer (2005), der die „Ebene der emotionalen Resonanz“ (S. 35) als Grundlage zur Prüfung der Ansprechbarkeit eines Psychotherapeuten für einen Klienten postuliert (siehe Subkapitel 4.2.1.).

Der Aspekt der Passung wird von fünf Therapeuten auch während des Therapieprozesses hinterfragt, wohingegen drei Interviewpartnerinnen diesem Gesichtspunkt weniger Bedeutung beimessen, da sie der Überzeugung sind, dass sich das durch den Klienten regelt, indem dieser entweder zur nächsten Therapiestunde wieder kommt oder die laufende Therapie abbricht (siehe Gegenbeispiele zur Subkategorie K4e). Interessant ist, dass drei Befragte das Zusammenpassen zwischen Therapeut und Klient als im Therapieprozess veränderbar bezeichnen: „Passung muss ... aufgebaut werden, also das ist nicht etwas, was sozusagen sofort und momenthaft und dann ganz da ist“ (Therapeut J, Z. 259f). Des Weiteren resümiert Therapeutin G, ein Einstellen auf unterschiedliche Passungen sei möglich und beruhe auf den Berufserfahrungen eines Praktikers. Diese Bemerkung erinnert an die Schilderungen zur Adaptivität eines Therapeuten (siehe Subkapitel 4.1.1.), welche von drei Expertinnen im Zuge

ihrer professionellen Tätigkeit aufgegriffen wird. Nähere Informationen dazu liefert die nächste Kategorienbeschreibung.

Welch wesentlichen Stellenwert die ‚Ansprechbarkeit des Klienten auf das therapeutische Beziehungsangebot‘ zum Zwecke eines förderlichen Therapieverlaufs einnimmt, wurde im Subkapitel 3.2.1. aufgezeigt und soll nun durch folgende treffende Formulierung von Therapeutin E untermauert werden: „... wenn ... das Beziehungsangebot nicht passend ist oder nicht angenommen werden kann ... vom Klienten, ja, dann geht gar nichts eigentlich“ (Therapeutin E, Z. 417f). Konträr dazu kann es vorkommen, dass es einem Therapeuten gegenüber einem bestimmten Klienten nicht gelingt, sein therapeutisches Beziehungsangebot – dessen Charakteristikum die drei Kernvariablen Kongruenz, unbedingte Wertschätzung und Empathie darstellen – zu verwirklichen, wodurch der Aufbau einer positiven Therapeut-Klient-Beziehung gefährdet ist. Diesbezüglich plädieren Biermann-Ratjen et al. (2003) für ein „zumindest in Ansätzen“ (S. 165) vorhandenes Basisverhalten seitens des Therapeuten (siehe Subkapitel 4.2.1.).

Allgemeiner Konsens besteht unter den Experten in Bezug auf die notwendige Basis der drei Kernvariablen für förderliches therapeutisches Arbeiten im Sinne Carl R. Rogers‘, dem Begründer des personen- bzw. klientenzentrierten Ansatzes. Sollte es nicht gelingen dieses Beziehungsangebots zu verwirklichen, so spricht sich Interviewpartner F für folgendes Verhalten auf Therapeutenseite aus: „... sich selber gegenüber auch treu bleiben, das ist Aufrichtigkeit. ... dass ich ... nicht mein Gefühl diesbezüglich verleugne“ (Therapeut F, Z. 304ff). Dass es jedoch Abweichungen in der Realisierung des therapeutischen Beziehungsangebots geben kann und darf betonen fünf Interviewpartner: „... man muss halt manchmal auch mit bestimmten Abstrichen davon [*Betonung*] ... arbeiten können“ (Therapeutin E, Z. 438), jedoch müssten die Kernvariablen „zumindest in einer Basisvariante“ (Therapeutin H, Z. 393) gegeben sein und die vollständige Verwirklichung sei gekennzeichnet von einem „immer dahin ... Unterwegs-Sein“ (Therapeut D, Z. 377ff). Diese Vorstellungen gehen konform mit den Anmerkungen von Biermann-Ratjen et al. (2003), stehen allerdings im Gegensatz zu den Ansichten von Therapeutin A und I, die die Merkmale ‚Echtheit‘ und ‚Wertschätzung‘ als grundlegend konstatieren und sich somit gegen ein „eingeschränkte[s] Beziehungsangebot“ (Hutterer 2005, S. 32) in Bezug auf diese beiden Variablen aussprechen. Im Rahmen des therapeutischen Beziehungsangebots besteht die Möglichkeit des adaptiven Handelns als Form differenziellen Vorgehens, welches im Subkapitel 4.1.1. präzisiert wurde und zuvor auch im Zuge des Subkapitels 2.4.1. Erwähnung fand. Diese Handlungsweise

meint das spezifische Anpassen an die individuelle Bedürfnislage des Klienten in Form von therapeutischen Techniken. Bei drei Therapeutinnen findet diese Thematik Anwendung.

7.3. Umgang mit Selbstselektion und Weitervermittlung

Wegen des umfangreichen Aussagenspektrums zum Thema ‚Selbstselektion auf Therapeuten-seite‘ – womit sowohl Selektionsprozesse im Vorfeld einer Therapie als auch Abbrüche einer laufenden Therapie angesprochen sind – und damit in Zusammenhang stehend dem Umgang mit Weiterverweisung wurde dieser Bereich in drei verschiedene Kategorien aufgeteilt (K6 – K8), um jeweils separat die passenden Expertenmeinungen zusammenfügen zu können. Im Theorieteil wurde diese Thematik im Zuge des 3. Kapitels eingehend beleuchtet, wobei den Überlegungen von Hutterer besondere Aufmerksamkeit zuteil wurde. Dieser Autor vertritt die Ansicht, der erfolgreiche Psychotherapeut sei nicht der ‚adaptive Supertherapeut‘, sondern der selektive Therapeut, der seine Grenzen und Stärken von vornherein berücksichtigt“ (Hutterer 2005, S. 34). Die dazu gesammelten Ergebnisse aus den Experteninterviews werden nun einer Diskussion unterzogen.

Kategorie sechs behandelt all jene Datenquellen, in denen sich die Interviewpartner über jene Selektionsprozesse äußern, die sich bereits im Vorfeld einer Therapie ergeben. Sechs Expertinnen führen unterschiedliche Gründe an, die ausschlaggebend dafür sind, dass ihrerseits keine Psychotherapie zustande kommt: Neben dem klassischen Beispiel ‚kein Platz‘ werden bestimmte Krankheitsbilder (z.B. Suchtpatienten oder Stalking) sowie fehlende Rahmen- oder Sicherheitsbedingungen als Ursachen angegeben, deretwegen es entweder gar nicht zu einem Klientenkontakt kommt oder der Patient darüber in Kenntnis gesetzt wird, „dass ich glaube, es ist nicht das Richtige, bei mir Psychotherapie zu machen“ (Therapeutin E, Z. 130f). Drei Therapeutinnen und ein Therapeut bekennen sich dazu, der Arbeit mit speziellen Störungsbildern nicht gewachsen zu sein (z.B. Patienten mit Essstörungen, psychotische Menschen, Borderline-Patienten oder Sexualstraftäter). Herausgestrichen wird an dieser Stelle die Aussage von Therapeutin E, die in einer Institution tätig ist und den Hinweis gibt, dass Prozesse der Selbstselektion auf Erfahrungswerten basieren, die entsprechend genützt werden und anhand derer zugeteilt wird: „... wir kennen uns jetzt schon sehr gut und wir wissen auch sehr gut, wer mit wem gerne und wer mit wem auch gut

arbeitet“ (Therapeutin E, Z. 229f). Weitere Befragte berufen sich in ihren Ausführungen ebenfalls auf Erfahrungswerte, aus denen sie ihre Erkenntnisse schöpfen: „... ich weiß aus Erfahrung, dass es da und da schwierig sein kann, eine Beziehung herzustellen ...“ (Therapeutin B, Z. 76f) oder: „Wo ich aus meiner persönlichen Erfahrung nicht so gut bin ...“ (Therapeut J, Z. 69). Basierend auf persönlichen Kompetenzen und Vorlieben fällen diese Interviewpartner folglich ihre Selektionsentscheidungen. Solch eine reflektierte Handlungsweise wurde im Subkapitel 4.2.2. des Theorieteils als wichtige Grundlage zur Bewusstmachung der eigenen Stärken und Schwächen erörtert.

Gegensätzliche Äußerungen tätigen vier Befragte, die auf einer symptomorientierten oder diagnosebezogenen Grundlage keine Selektion vornehmen würden. Einige geben zwar das Eingeständnis, dass sie sich „mit gewissen Dingen leichter tu[n] wie mit anderen“ (Therapeutin A, Z. 231), dieses Wissen würde jedoch keineswegs in einer Selbstselektion münden. Folgendes prägnante Zitat von Therapeut D stützt diese Feststellung: „Natürlich tu´ ich mir vielleicht schwer, aber wenn´s mein Interesse weckt“ (Z. 90).

Informationen zum Thema ‚Abbruch der Therapie‘ wurden im Zuge der siebten Kategorie zusammengetragen. Hierbei soll aufgezeigt werden, dass sich Therapeuten gelegentlich trotz eines bereits vorhandenen Klientenkontakts – also während einer laufenden Therapie – „aus dem Spiel nehmen“ (Hutterer 2005, S. 37), wie dies vom zitierten Autor zum Zwecke einer erfolgreichen Ausübung des Psychotherapeutenberufes bekräftigt wird. Sieben Interviewpartner beschreiben unterschiedliche Szenarien, deretwegen es ihm Laufe ihrer Tätigkeit zu Abbrüchen ihrerseits gekommen ist (siehe Subkategorie K 7a). Zudem führen fünf Praktiker das Gefühl des Unbehagens sowie aufkeimende Angstgefühle als mögliche Abbruchsursachen an. Demgegenüber stehen die Meinungen von zwei Therapeutinnen, die in solchen Empfindungen keinen Beendigungsgrund erkennen: „Nein, absolut nicht. Weil das ist mein Kaffee. ... ich nehm´ das immer als Indikation für die Störung“ (Therapeutin C, Z. 285 und 267) und: „Also ich kann mir das gar nicht vorstellen, weil Angst bekommen ... Ich glaub´, ich würd´ dann schon sehr hart werden ... [und] einfach ziemlich klar einen Riegel vorschieben“ (Therapeutin I, Z. 445-455).

In der achten und letzten Kategorie finden sich die Expertenaussagen zum Thema Weitervermittlung, wobei allgemein gehaltene Aussagen von den Bemerkungen über gezielte Weiterverweisung getrennt dargestellt wurden.

Neben allgemeinen Gründen wie etwa ‚kein Platz‘ oder ‚es passt halt jetzt nicht‘ (Therapeutin G, Z. 87) – um nur einige exemplarisch anzugeben – resümiert Therapeutin H die Bandbreite an Möglichkeiten, die im Zuge von Weiterweisungsprozederen genutzt werden: „Beratungsstellen aller Art, stationär, ambulant, alles, was uns zu Gebote steht, auch natürlich niedergelassene Kollegen“ (Z. 377f). Der Anmerkung ‚kein Platz‘ als Weiterweisungsursache hält diese Praktikerin folgendes Argument dagegen: „Schau’n Sie, wenn ich will, hab’ ich immer einen freien Platz. ... ich mein’, das gilt für jeden Therapeuten. Wenn einen wirklich wer interessiert oder sehr gefällt oder was auch immer, dann findet man immer eine Lücke, also das glaub’ ich niemandem“ (Therapeutin H, Z. 200-202). Diesen Aspekt würde Therapeutin H folglich nicht als Grund für Weitervermittlung gelten lassen, sondern ihrer Ansicht nach spielen persönliche Vorlieben für bestimmte Themenbereiche eine tragende Rolle.

Motive für gezielte Weitervermittlung an einen Kollegen oder eine Kollegin liegen einerseits darin, dass sich Therapeuten nicht kompetent genug fühlen, andererseits können auch Geschlecht oder Alter ausschlaggebend dafür sein. Diese Weiterverweisung ergibt sich bei Therapeutin B gelegentlich bereits beim telefonischen Erstkontakt, in den meisten Fällen werden solche Entscheidungen allerdings im Laufe des Erstgesprächs gefällt. Einige Praktiker händigen den Klienten Adressen und Telefonnummern anderer Therapeuten oder auch von Beratungsstellen aus, die sie kontaktieren können. Ein ähnliches Vorgehen wendet Therapeutin C an, jedoch gibt es auch Situationen, in denen sie selber nachfragt, „ob ein Platz frei ist, damit jemand nicht weggeht und hat nix. ... Also ich halt die Hand so lang, bis die andere zugreift“ (Z. 341ff). Zwei Befragte geben an, dass Weitervermittlung nicht nur innerhalb der eigenen Therapiemethode stattfindet, sondern es werden auch die Möglichkeiten konkurrierender methodischer Ausrichtungen herangezogen. Therapeut J ist es diesbezüglich ein Anliegen, Klienten nur an jene Therapeuten zu vermitteln, die er beruflich oder persönlich gut kennt. In den Institutionen wird zum einen bereits nach dem Erstgespräch entsprechend der Problematik eingeteilt, zum anderen wird im Rahmen von Teambesprechungen zugewiesen, indem jener Therapeut, der noch freie Ressourcen hat, den Klienten übernimmt. Aus dieser Vorgehensweise kann der Schluss gezogen werden, dass in dieser Einrichtung Indikationsüberlegungen außer Acht gelassen werden, da eine Einteilung lediglich auf Basis vorhandener freier Plätze erfolgt.

7.4.Fazit

Indikationsentscheidungen und Überlegungen zur Passung werden von den interviewten Therapeuten und Therapeutinnen nicht auf der Grundlage von Diagnoseschemata getroffen, sondern der Klient als solcher wird in den Mittelpunkt des Interesses gerückt und seine jeweilige Erkrankung oder Problemlage hintangestellt. Dieses Denken verzeichnet seinen Ursprung in dem für die Gesprächspsychotherapie typischen Ansatz der Abwendung vom symptomorientierten Handeln und dem In-den-Blick-nehmen der persönlichen Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen. Das Hauptaugenmerk liegt in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient, wobei bestimmte Indikatoren auf Klientenseite für selektive Prozesse ausschlaggebend sein können. Ebenso werden Maßnahmen auf der Grundlage individueller Kompetenzen bezüglich bestimmter Krankheitsbilder gesetzt und es ergeben sich gelegentlich Konstellationen, deretwegen es im Laufe der Therapie zu Abbrüchen durch die Experten kommt. Ein Bewusstsein im Sinne selektiver Strategien ist somit bei der Mehrheit der Interviewpartner gegeben, wobei einige Therapeutinnen zusätzlich der Anwendung adaptiver Strategien Raum geben. Besonders betont werden die während der beruflichen Laufbahn gesammelten Erfahrungswerte, die im Hinblick auf selektives Vorgehen als Entscheidungshilfen herangezogen werden: „... im Laufe der Berufserfahrung wird’s ja auch klarer, wen man in Psychotherapie nimmt und wen nicht“ (Therapeutin E, Z. 556f) und daher als wichtige Grundlage für reflektierte Selektionsentscheidungen dienen. Zudem bedarf es zum Zwecke einer fundierten Weitervermittlung eines Netzwerks an Kollegen und Kolleginnen, deren Arbeitsweisen sowie therapeutische Kompetenzen und Vorlieben ein Praktiker kennen sollte.

Abschließend soll folgende Aussage einer Interviewpartnerin die Selbstselektion auf Therapeutenseite präzisieren: „... den Mut zu haben, weiterzuverweisen[, denn] ... ich bin ja kein Übertherapeut“ (Therapeutin G, Z. 87f und 419).

8. Zusammenfassung und Ausblick

Ausgangspunkt der vorliegenden Diplomarbeit war die Auseinandersetzung mit der Thematik *Selbstselektion auf Seiten des Psychotherapeuten*, die – wie sich in Folge der Aufarbeitung der Literatur herauskristallisierte – eng mit dem *Aspekt der Passung* sowie mit *differenzieller Indikation* in Zusammenhang steht. In Anbetracht dessen erfolgte eine intensive Erörterung dieser drei Themenbereiche im Rahmen des theoretischen Teils. Dabei wurde aufgezeigt, welcher wesentlichen Stellenwert die aus dem medizinischen Kontext stammende differenzielle Indikation zunehmend auch im psychotherapeutischen Bereich einnimmt, indem auf die Abstimmung der Passungsvariablen Persönlichkeit des Therapeuten und dessen Behandlungsmethode sowie der Individualität des Klienten und seiner spezifischen Problematik Bedacht genommen wird. Im Falle der Inkongruenz dieser Komponenten besteht – zum Zwecke einer psychotherapeutischen Qualitätssicherung – auf Therapeutenseite die Möglichkeit, sich in Form von Selbstselektion bewusst gegen eine Zusammenarbeit mit einem Klienten zu entscheiden und diesen gegebenenfalls an einen Kollegen oder eine Kollegin weiterzuvermitteln.

Im Zuge der qualitativen Erhebung wurde untersucht, inwieweit Personen- oder Klientenzentrierte Psychotherapeuten in ihrer Berufsausübung den eben genannten Merkmalen Beachtung schenken und diese in ihre Entscheidungen mit einbeziehen. Mit Hilfe eines leitfadenorientierten Experteninterviews wurden Informationen erhoben, die Antworten zum Umgang mit den angeführten Themenbereichen liefern sollten. Die authentischen und konkreten Erfahrungsberichte der interviewten Psychotherapeuten ermöglichten eine Differenzierung der theoretischen Inhalte. Diese Eingliederung der gewonnenen Ergebnisse in den Wissenskorpus erfolgte im vorangegangenen Kapitel, indem durch ausführliche Interpretation und Diskussion der Bogen von den empirischen Resultaten zum Theoriegebäude gespannt wurde.

In Folge dieser Vorgehensweise können nachstehende Antworten zur Forschungsfrage und den dazugehörigen Problemstellungen (siehe Einleitung) formuliert werden:

- In Anlehnung an die Darstellungen des theoretischen Rahmens dieser Diplomarbeit kann festgehalten werden, dass der Bereich der differenziellen Indikation seit den frühen 1980er Jahren und der Aspekt der Passung etwa ab Mitte der 1990er Jahre im deutschsprachigen Raum an Bedeutung gewonnen haben, wobei ein signifikanter

Unterschied im Hinblick auf die, bereits Ende der 1960er Jahre begonnene, literarische Auseinandersetzung im englischsprachigen Raum zu verzeichnen ist. Anders verhält es sich mit der Thematik des selektiven Therapeuten, welche bisweilen in geringerem Ausmaß abgehandelt wurde.

- Passungs- und Indikationsüberlegungen werden von den Befragten weniger im Sinne einer wissenschaftlichen Orientierung gesetzt als auf Gefühlsbasis und mit Bedacht auf die Beziehungsebene, in welcher die Person des Klienten in den Fokus gerückt wird und nicht dessen jeweilige Problematik oder Erkrankung.
- Die Mehrheit der interviewten Personen- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapeuten wendet Selbstselektion in der Berufsausübung an. Diese Entscheidung wird zum einen bereits im Vorfeld einer Therapie oder während des Erstgesprächs gefällt, zum anderen kommt es gelegentlich erst im Zuge einer laufenden Therapie zu selektiven Maßnahmen.
- Als notwendige Grundlage für reflektierte Weitervermittlung kann das Vorhandensein eines kollegialen Netzwerkes festgemacht werden, auf Basis dessen je nach Problemlage des Klienten entsprechende Empfehlungen ausgesprochen werden.
- Darüber hinaus ist es – wie anhand der theoretischen Aufarbeitung zum Thema Weiterverweisung ersichtlich wurde – erforderlich, dass ein Praktiker – trotz der wesentlichen und nicht Außer acht zu lassenden therapeutischen Identität – Kenntnisse über die Arbeitsweisen und Wirkprofile konkurrierender Psychotherapiemethoden besitzt, um darauf aufbauend einem Klienten im Falle einer Weitervermittlung eine kompetente und fundierte Beratung anbieten zu können.

Weiterführende Überlegungen könnten dazu führen, wie dem selektiven Denken bereits in Ausbildungsprozessen mehr Raum gegeben werden kann, um zu einem frühen Zeitpunkt der Berufslaufbahn diesem Aspekt Bedeutung beimessen zu können. Weiters wäre eine Erörterung dahingehend interessant, in welchem Umfang derzeit die einzelnen Psychotherapieschulen ihren Ausbildungskandidaten die Handlungsweisen und Zielsetzungen anderer Therapieverfahren näher bringen und inwieweit eine Intensivierung zum Zwecke reflektierter Indikationsstellungen notwendig ist. Außerdem könnte das Konzept der Intaker näher beleuchtet werden, die – analog zu den Hausärzten im medizinischen Feld – den Klienten bei der Suche nach der passenden Methode im ‚Psychotherapiedschungel‘ zur Seite stehen und auf Basis von Spezialisierungen und Kompetenzverteilungen der Psychotherapeuten eine Empfehlung aussprechen.

Die Erkenntnisse dieser Diplomarbeit liefern einen Beitrag nicht nur zu den Bereichen differenzielle Indikation und Passung, sondern insbesondere zu dem noch eher marginal beforschten Feld der Selektivität auf Psychotherapeutenseite, wodurch dem wissenschaftlichen Anspruch der Untersuchung eines Forschungsgegenstandes Rechnung getragen wird.

Literaturverzeichnis

- Ambühl, H.; Orlinsky, D. & SPR Collaborative Research Network (1997): Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. In: *Psychotherapeut*, 42 (5), S. 290-298
- Bastine, R. (1992): Psychotherapie. In: Bastine, R. (Hrsg.): *Klinische Psychologie*, Bd. 2. Kohlhammer: Stuttgart [u.a.], S. 179-301
- Baumann, U. & v. Wedel, B. (1981): Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann, U. (Hrsg.): *Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Praxis und Forschung*. Urban & Schwarzenberg: München [u.a.], S. 1-36
- Biermann-Ratjen, E.-M.; Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003): *Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen*. Kohlhammer: Stuttgart, 9. Auflage
- Berzins, J. I. (1977): Therapist-patient matching. In: Gurman, A. S. & Razin, A. M. (Eds.): *Effective psychotherapy – A handbook of research*. Pergamon Press: Oxford [u.a.], S. 222-251
- Beutler, L. E. (1991): Selective treatment matching: systematic eclectic psychotherapy. In: *Psychotherapy*, 28 (3), S. 457-462
- Beutler, L. E. & Clarkin, J. F. (1990): *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. Brunner/Mazel: New York
- Beutler, L. E. & Consoli, A. J. (1993): Matching the therapist's interpersonal stance to clients' characteristics: contributions from systematic eclectic psychotherapy. In: *Psychotherapy*, 30 (3), S. 417-422
- Bogner, A. & Menz, W. (2005a): Expertenwissen und Forschungspraxis: die modernisierungstheoretische und die methodische Debatte um die Experten. Zur Einführung in ein unübersichtliches Problemfeld. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden, 2. Auflage, S. 7-30
- Bogner, A. & Menz, W. (2005b): Das theoriegenerierende Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden, 2. Auflage, S. 33-70
- Boll-Klatt, A.; Bohlen, O. & Schmeling-Kludas, Ch. (2005): Passt oder passt nicht? Methoden und Personen orientierte differenzielle Indikationsstellung im Rahmen stationärer Psychotherapie. In: *Psychotherapeut*, 50 (3), S. 179-185

- Brandl, T. (2005): *Erkenntnisgewinn in der Psychotherapie-Prozessforschung mit einer Sequenz von Einzelfallanalysen. Demonstriert an einem Vergleich von zwei Psychoanalysen, drei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und zwei kognitiven Verhaltenstherapien*. Dissertation, Otto-Friedrich-Universität Bamberg
- Breitsprecher, R.; Calderwood-Schnorr, V.; Terrell, P. & Morris, W. V. A. (1986): *PONS-Globalwörterbuch Englisch-Deutsch*. Österreichischer Bundesverlag: Wien
- Brühlmann-Jecklin, E. (2002): Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. In: Märtens, M. & Petzold, H. (Hrsg.): *Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Matthias-Grünwald-Verlag: Mainz, S. 333-354
- Calvert, S. J.; Beutler, L. E. & Crago, M. (1988): Psychotherapy outcome as a function of therapist-patient matching on selected variables. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, S. 104-117
- Cierpka, M.; Orlinsky, D.; Kächele, H. & Buchheim, P. (1997): Studien über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wer sind wir? Wo arbeiten wir? Wie helfen wir? In: *Psychotherapeut*, 42 (5), S. 269-281
- Dolan, R. T.; Arnkoff, D. B. & Glass, C. R. (1993): Client attachment style and the psychotherapist's interpersonal stance. In: *Psychotherapy*, 30 (3), S. 408-412
- Dougherty, F. E. (1976): Patient-therapist matching for prediction of optimal and minimal therapeutic outcome. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (6), S. 889-897
- Duden 5 (2001): *Das Fremdwörterbuch*. Dudenverlag: Mannheim [u.a.], 7. Auflage
- Dührsen, S. (2001): Zum Matching bei ambulanter Psychotherapie mit Psychosepatienten. In: *Psychotherapeut*, 46 (1), S. 51-55
- Eckert, J. (2006): Indikationsstellung. In: Eckert, J.; Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, S. 149-217
- Eckert, J. (2007): Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S. 233-287
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990): Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In: Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.): *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Springer-Verlag: Berlin [u.a.], S. 272-287
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2004): Zur Notwendigkeit einer differenziellen Indikation für Psychotherapie. In: Schlippe, A. v. & Kriz, W. C. (Hrsg.): *Personzentrierung und Systemtheorie. Perspektiven für psychotherapeutisches Handeln*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 192-211

- Eckert, J.; Frohburg, I. & Kriz, J. (2004): Therapiewechsler. Differenzielle Therapieindikation durch die Patienten? In: *Psychotherapeut*, 49 (6), S. 415-426
- Ehl, M.; Helbing-Tietze, B.; Lücking, I.; Pollmann, I.; Ruff, W.; Wrage, I. & Zinke, A. (2005): Ethische Prinzipien in der Psychoanalyse. In: *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59 (6), S. 573-586
- Faller, H. (1998): Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. In: *Psychotherapeut*, 43 (1), S. 8-17
- Fiedler, P. (1994): Störungsspezifische und differentielle Indikation: Gemeinsame Herausforderungen der Psychotherapieschulen oder: Wann ist endlich Schluß mit dem Unsinn der Konkurrenz? Ein Beitrag zur Diskussion. In: *Psychotherapie Forum*, 2 (1), S. 20-29
- Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg
- Friebertshäuser, B. (1997): Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 371-395
- Frohburg, I. (2004): Empirische Ergebnisse zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35 (4), S. 269-277
- Gassner, S. M. (1970): Relationship between patient-therapist compatibility and treatment effectiveness. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34 (3), S. 408-414
- Geuter, U. (2002): Wie man sich verändern kann. In: *Psychologie heute: das Magazin für Leib und Seele*, 29 (11), S. 42-47
- Gläser, J. & Laudel, G. (2004): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden
- Groeben, N. & Rustemeyer, R. (2002): Inhaltsanalyse. In: König, E. & Zedler, P. (Hrsg.): *Qualitative Forschung – Grundlagen und Methoden*. Beltz Verlag: Weinheim [u.a.], 2. Auflage, S. 233-258
- Gunderson, J. G. (1978): Patient-therapist matching: a research evaluation. In: *American Journal of Psychiatry*, 135 (10), S. 1193-1197
- Hautzinger, M. (2007): Entwicklung und Geschichte der Psychotherapie. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S. 9-15
- Hautzinger, M. & Eckert, J. (2007): Wirkfaktoren und allgemeine Merkmale der Psychotherapie. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S. 17-31

- Hertzer, K. (2002): Was ist eine gute Therapie? In: *Psychologie heute: das Magazin für Leib und Seele*, 29 (11), S. 47-49
- Hoffmann, S. O.; Rudolf, G. & Strauß, B. (2008): Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. In: *Psychotherapeut*, 53 (1), S. 4-16
- Hutterer, R. (2005): Eine Methode für alle Fälle. Differenzielles Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie: Klärungen und Problematisierungen. In: *Person*, 9 (1), S. 21-41
- Kächele, H. (1992): Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, S. 227-239
- Kächele, H. & Kordy, H. (2003): Indikation als Entscheidungsprozess. In: Uexküll, T. v. & Adler, R. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. Urban & Fischer: München [u.a.], S. 425-436
- Karlsson, R. (2005): Ethnic matching between therapist and patient in psychotherapy: an overview of findings, together with methodological and conceptual issues. In: *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11 (2), S. 113-129
- Koolwijk, J. v. (1974): Die Befragungsmethode. In: Koolwijk, J. v. & Wieken-Mayser, M. (Hrsg.): *Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 4 – Erhebungsmethoden: Die Befragung*. Oldenbourg Verlag GmbH: München, S. 9-23
- Kottler, J. A. & Blau, D. S. (1991): *Wenn Therapeuten irren – Versagen als Chance*. Edition Humanistische Psychologie: Köln
- Kriz, J. (2005): Von den Grenzen zu den Passungen. In: *Psychotherapeutenjournal*, 1, S. 12-20
- Lam, A. G. & Sue, S. (2001): Client diversity. In: *Psychotherapy*, 38 (4), S. 479-486
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 4. Auflage
- Lazarus, A. A.; Beutler, L. E. & Norcross, J. C. (1992): The future of technical eclecticism. In: *Psychotherapy*, 29 (1), S. 11-20
- Lehman, A. K. & Salovey, P. (1990): Psychotherapist orientation and expectations for liked and disliked patients. In: *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5), S. 385-391
- Lobner, P. (1978): *Differentielles Therapeutenverhalten im Prozeß der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie*. Dissertation, Universität Wien
- Mallinckrodt, B.; Porter, M. J. & Kivlighan jr., D. M. (2005): Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (1), S. 85-100

- Manthei, R. J. (1988): Client choice of therapist: rationale and implications. In: *Psychotherapy*, 25 (3), S. 463-470
- Mayring, P. (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Keupp, H.; Rosenstiel, L. v. & Wolff, S. (Hrsg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Beltz Verlag: Weinheim, 2. Auflage, S. 209-213
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 5. Auflage
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, 8. Auflage
- Meuser, M. & Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 481-491
- Meuser, M. & Nagel, U. (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden, 2. Auflage, S. 71-93
- Münsingen, Ch. S. (2004): *Die Therapiebeziehung differentiell gestalten. Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie*. Dissertation, Universität Bern
- N.N. (2005): Diagnostik-Leitlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In: *Psychotherapie Forum*, 13 (3, Suppl.), S. 82-96
- Norcross, J. C. (1991): Prescriptive matching in psychotherapy: an introduction. In: *Psychotherapy*, 28 (3), S. 439-443
- Orlinsky, D. E. (1994): „Learning from many masters” – Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. In: *Psychotherapeut*, 39 (1), S. 2-9
- Orlinsky, D. E. (2003): Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie. Erkenntnisse aus Psychotherapieforschung und Sozialwissenschaften. In: *Psychotherapeut*, 48 (6), S. 403-409
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1988): Ein allgemeines Psychotherapiemodell. In: *Integrative Therapie*, 4, S. 281-308 (Original erschienen 1987: A generic model of psychotherapy. In: *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, S. 6-27)
- Orlinsky, D. E.; Grawe, K. & Parks, B. K. (1994): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley: New York [u.a.], 4th edition, S. 270-376

- Orlinsky, D. E.; Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004): Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert, M. J. (Ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley: New York [u.a.], 5th edition, S. 307-389
- Oswald, H. (1997): Was heißt qualitativ forschen? In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 71-87
- Pfadenhauer, M. (2005): Auf gleicher Augenhöhe reden. Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden, 2. Auflage, S. 113-130
- Posthuma, A. B. & Carr, J. E. (1975): Differentiation matching in psychotherapy. In: *Canadian Psychological Review*, 16 (1), S. 35-43
- Project Match Research Group (1998): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22 (6), S. 1300-1311
- Reimer, C. (2007a): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S.79-133
- Reimer, C. (2007b): Ethische Aspekte der Psychotherapie. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S. 745-759
- Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (2007): Grenzen der Psychotherapie. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S. 735-743
- Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.) (2007): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage
- Reis, B. F. & Brown, L. G. (1999): Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. In: *Psychotherapy*, 36 (2), S. 123-136
- Reuther-Dommer, W.; Sattler, N. & Neef, R. (2007): Qualitätssicherung – aus der Praxis für die Praxis. In: *Psychotherapeutenjournal*, 3, S. 240-250
- Schmeling-Kludas, C. & Wilke, E. (2007): Besonderheiten von Psychotherapie im Rahmen psychosomatischer Behandlungen. In: Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M. & Wilke, E. (Hrsg.): *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer Medizin Verlag: Heidelberg, 3. Auflage, S. 687-712

- Schneider, W. (1992): Aktuelle Gesichtspunkte der differentiellen Indikationsforschung zur Psychotherapie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, S. 182-193
- Schulte, D. (2005): Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (3), S. 176-187
- Strauss, A. L. (1994): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. Wilhelm Fink Verlag: München
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1995): Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41, S. 127-140
- Stricker, G. (2002): Patient-therapist matching: a good start. In: *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (2), S. 143-146
- Talley, P. F.; Strupp, H. H. & Morey, L. C. (1990): Matchmaking in psychotherapy: patient-therapist dimensions and their impact on outcome. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2), S. 182-188
- Trinczek, R. (2005): Wie befrage ich Manager? Methodische und methodologische Aspekte des Experteninterviews als qualitativer Methode empirischer Sozialforschung. In: Bogner, A.; Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.): *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH: Wiesbaden, 2. Auflage, S. 209-222
- Tscheulin, D. (1983): Über differentielles therapeutisches Vorgehen in der klientenzentrierten Therapie. – Ein empirischer Beitrag zu einer Differentiellen Gesprächspsychotherapie. In: Tscheulin, D. (Hrsg.): *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie. Zur Diskussion um eine Differentielle Gesprächspsychotherapie*. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, S. 53-64
- Tscheulin, D. (1992): *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen [u.a.]

Internetquellen:

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (n.d.a):

(Verfügbar unter: <http://www.bdp-verband.de/psychologie/psytherapie.shtml>
[13.08.2008])

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (n.d.b):

(Verfügbar unter: http://www.bdp-verband.de/bdp/politik/2004/41119_gt.shtml
[13.08.2008])

Frankel, K. (n.d.): *Other methods tried for matching clients and therapists.*

(Verfügbar unter: <http://www.tmatch.org/OtherMatching.html> [30.01.2008])

Kriz, J. (2006): Zur Lage der Psychotherapie in Deutschland. Stand – Kritik – Ausblick. In:
Tagungsdokumentation Psychotherapeutische Versorgung, S. 15-40

(Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?fileid=208> [04.02.2008])

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Modell einer differenziellen Behandlungswahl nach Beutler und Clarkin (1990)	17
Abb. 2: Die 4 Passungen des Allgemeinen Modells von Psychotherapie (AMP) nach Orlinsky und Howard (1988).....	29

Anhang I

Emailanfrage

Sehr geehrte/r Frau/Herr XXX,

ich studiere Pädagogik an der Universität Wien, mit dem Schwerpunkt „Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie“. Zurzeit arbeite ich an meiner Diplomarbeit, die sich mit folgender Thematik beschäftigt:

„Selektive Strategien in der Personen- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapie“.

Für den empirischen Teil meiner Diplomarbeit habe ich mich für das leitfadenorientierte Experteninterview entschieden. Zu diesem Zweck möchte ich gerne Personen- bzw. Klientenzentrierte PsychotherapeutInnen – sowohl jene, die in freier Praxis arbeiten, als auch solche, die in einer psychotherapeutischen Ambulanz (oder Praxisgemeinschaft) tätig sind – interviewen.

Das Interview wird etwa eine Stunde dauern und auf Tonband aufgezeichnet. Die gewonnenen Daten werden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet und diese Ergebnisse anschließend in die Diplomarbeit eingebaut. Selbstverständlich wird das gesamte Datenmaterial anonymisiert und absolut vertraulich behandelt!

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mir Ihre Zeit für ein Gespräch zur Verfügung stellen, denn Ihre Meinung hat besondere Aussagekraft! Selbstverständlich werde ich Ihnen ein Exemplar meiner Diplomarbeit zukommen lassen, falls Sie daran Interesse haben.

Auf Ihre Bereitschaft hoffend, werde ich mich in den nächsten Tagen telefonisch bei Ihnen melden, um alles Weitere zu besprechen.

Für Ihr Entgegenkommen bedanke ich mich bereits jetzt!

Mit freundlichen Grüßen,

Martina Domesle

**Informationsblatt
für das Experteninterview
zum Thema:**

*Selektive Strategien in der
Personen- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapie*

- ❖ Das nun folgende Interview wird etwa eine halbe Stunde dauern und auf Tonband aufgezeichnet.
- ❖ Die sich daraus ergebenden Informationen werden von mir anonymisiert transkribiert und absolut vertraulich behandelt.
- ❖ Das Transkript wird ausgewertet und Teile davon in die Diplomarbeit eingebaut.
- ❖ Das Transkript des Interviews wird im Anhang der Diplomarbeit angeführt.
- ❖ Der Inhalt Ihrer Aussagen wird ausschließlich im Rahmen meiner Diplomarbeit verwendet.
- ❖ Falls Sie daran Interesse haben, lasse ich Ihnen gerne ein Exemplar meiner Diplomarbeit zukommen.

Besten Dank, dass Sie sich bereiterklärt haben,
mir für dieses Interview zur Verfügung zu stehen!

Leitfadeninterview mit Personen- bzw. Klientenzentrierten Psychotherapeuten

Therapeutenprofil:

- Wie lange sind Sie schon als Psychotherapeut/in tätig bzw. seit wann sind Sie in die Therapeutenliste des Bundesministeriums eingetragen?
- Wenden Sie neben dem Personen- bzw. Klientenzentrierten Ansatz noch ein anderes Verfahren an?
- In welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeut/in (psychotherapeutische Ambulanz, Klinik, Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis)?
(Hinweis: bei Institution erfragen, welche weiteren Verfahren angeboten werden)
- Wie viel Klientenkontakt haben sie in etwa pro Woche?
(Hinweis: ggf. auch Verhältnis freie Praxis – Institution erfragen)

Erstkontakt:

- Klient kommt zum Erstgespräch:
 - Was wollen Sie über den Klienten erfahren?
 - Wie erfolgt die Indikationsentscheidung?
(Hinweis bei Institution: Wer führt Erstgespräch; wer die Therapie, wenn eine indiziert ist?)
 - Worauf achten Sie besonders?
 - Welche Bedeutung hat der sog. „erste Eindruck“ (ev. schon beim Erstkontakt per Telefonat)?
 - Welche Kriterien spielen eine Rolle im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie?
 - Welche Überlegungen gibt es dahingehend, ob von Therapeutenseite aus mit dem Klienten gearbeitet werden kann?
- Aus dem englischsprachigen Raum kommt der Begriff „Intaker“ (speziell ausgebildete Beratungstherapeuten, die die Erstgespräche mit den potenziellen Klienten führen, jedoch nicht selbst eine ev. anschließende Psychotherapie übernehmen). → Was halten Sie davon?

Therapieprozess:

- Aufgrund welcher Merkmale ist erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist – die Therapie somit passend ist?
- Kann es diesbezüglich zu Fehleinschätzungen bzw. -entscheidungen kommen?
- Welchen Stellenwert hat die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebots (Kongruenz, unbedingte Wertschätzung, Empathie)?

- „Passung zwischen Therapeut und Klient“ → Bitte äußern Sie sich kurz zu diesem Aspekt.
- Haben Sie selbst schon erlebt, dass Sie das Gefühl hatten: „Mit diesem Klienten fühle ich mich nicht sehr wohl“?
 - JA: Zu welchem Zeitpunkt im Therapieprozess haben Sie das erkannt?
Wie sind Sie damit umgegangen?
Worin lagen die Gründe?
 - NEIN: Können Sie sich vorstellen, dass es einmal zu einer Situation kommen könnte? – Warum? / Warum nicht?

Umgang mit Kompetenzen – Weitervermittlung von Klienten:

- Gibt es Gründe,
 - ... deretwegen Sie Klienten nicht nehmen?
 - ... weswegen Sie die laufende Psychotherapie von Ihrer Seite aus abbrechen?
 → Bitte nennen Sie Beispiele.
 → Wie wird damit umgegangen?
- Wie kann eine Weitervermittlung erfolgen?
- Welche Aspekte spielen bei einer Weiterverweisung eine Rolle?
 (*Hinweis bei Institution: Weitervermittlung nur innerhalb dieser oder auch andere Möglichkeiten?*)
- Haben Sie sich schon mal gedacht: „Ein bestimmter Kollege könnte mit dieser spezifischen Symptomatik bzw. Problemlage des Klienten besser umgehen“?

Anhang II

Transkript Personenzentrierte Psychotherapeutin A

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: Okay, das Gespräch kann beginnen. Nochmals danke, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben.
2 (T: Aber gern.) Ich versuch jetzt, dass sich das, ja, sollt', sich eigentlich in einer Stunde ausgehen,
3 wahrscheinlich ist es kürzer. Zuerst einmal einige Fragen zu ihrer Person: Wie lange sind Sie schon als
4 Psychotherapeutin tätig?
5

6 I: Ja, da muss ich jetzt nachdenken. (I: Bzw. seit wann in der Therapeutenliste des Bundesministeriums?)
7 Naja, also tätig bin ich seit 30 Jahren als Psychotherapeutin. In der Therapeutenliste seit's eigentlich die
8 Therapeutenliste gibt, weil ich ja schon vorher gearbeitet hab.
9

10 I: Okay. Und in ihrer Tätigkeit, wenden Sie da neben dem personen- bzw. klientenzentrierten Ansatz –
11 also ich verwende das synonym – wenden Sie da auch andere Verfahren an?
12

13 T: Ja, XXX, weil ich da auch eine Ausbildung hab'.
14

15 I: Und können Sie kurz beschreiben, in welchem Kontext Sie arbeiten, also sprich in freier Praxis oder in
16 einer Gemeinschaftspraxis, in einer Klinik, Ambulanz.
17

18 T: Naja, einerseits hier im XXX eben bin ich angestellt für 20 Stunden, und mach' eben hier
19 Psychotherapie mit XXX, und sonst in freier Praxis – da mit allen Altersgruppen sozusagen.
20

21 I: Okay. Keine Einschränkung. Und wie viel Klientenkontakt haben Sie in etwa pro Woche, wobei es mir
22 da eher um die Erwachsenen geht. (T: Also nur die Erwachsenen?) Ja.
23

24 T: Na dann muss ich das da weglassen, also ich würd' sagen dann sind's vielleicht 20 Stunden.
25

26 I: Alles klar. Gut, das war mal so das Organisatorische. Wenn ein Klient zum Erstgespräch zu Ihnen
27 kommt, was wollen Sie dann über den Klienten erfahren? – Ich muss jetzt dazu sagen, wenn ich von
28 „dem Klienten“ spreche, dann (T: Ist „die Klientin“ auch gemeint.) ja, genau. Macht's ein bisserl
29 einfacher. Also, worauf legen Sie da wert, was wollen Sie erfahren?
30

31 T: Ja, also einerseits natürlich warum er überhaupt kommt, also was ihn dazu bewogen hat, was für
32 Probleme, Symptome etc. Ja, und was sich halt dann im Gespräch entwickelt. Natürlich ist es vielleicht
33 so, dass ich in der ersten Stunde ein bisschen mehr auch nachfrage, weil's mir auch ein bisserl auch um
34 Daten geht. Also – weiß ich – ich will halt dann wissen: Ist er verheiratet oder nicht? Hat er Kinder oder
35 nicht? (I: Also weniger Dinge, die jetzt den Grund des Herkommens betreffen.) Sondern einfach so
36 Hintergrunddaten. Was auch deswegen wichtig ist – muss ich dazu sagen – weil ich auch auf
37 Krankenschein behandle, und da gibt's einfach Vorgaben, was man halt erfragen muss.
38

39 I: Aha, okay. Und gibt's irgendetwas, worauf Sie besonders achten, bei diesem Erstkontakt?
40

41 T: Ja, die Frage ist, ob wir zusammenpassen, einfach, und ob der Klient das Gefühl hat, er kann mit mir
42 und auch, ob ich mit ihm kann. Das ist, denk' ich, ganz ein wichtiger Punkt, den ich auch immer dann am
43 Ende der ersten Stunde sehr offen bespreche mit dem Klienten oder der Klientin. (I: Also gleich nach
44 dem ersten?) T: Ja, Ja, und dann ist es so, dass ich auch immer also einmal eine Probezeit quasi von fünf
45 Stunden irgendwie ausmach', und wo wir das dann noch einmal besprechen, ob es passt zwischen uns mit
46 der Beziehung. (I: Weil sich ja der erste Eindruck sozusagen?) Ja, wobei aber fast immer der erste
47 Eindruck das auch ist. (I: Aha, bestätigt das dann?) Bestätigt, ja, ja.
48

49 I: Also wenn Sie am Anfang schon das Gefühl haben, das passt nicht zwischen uns, dann wird sich das
50 wahrscheinlich im Laufe der Probesitzungen eher nicht?
51

52 T: Ja, wobei, wenn ich jetzt das erste Mal gleich das Gefühl hab', es geht überhaupt nicht, dann, dann
53 sag' ich das auch, aber, ich mein, das ist – ich weiß nicht – vielleicht zwei Mal in meiner ganzen
54 Therapeutentätigkeit vorgekommen, dass das sofort in der ersten Stunde irgendwie da war. (I: Von Ihrer
55 Seite aus?). Von meiner Seite (I: Ein Gefühl von Ihrer Seite aus.), und das deckt sich aber auch immer,
56 der Klient und ich sind, also das ist gegenseitig.
57

58 I: Mhm. Das heißt, es ist Ihnen da noch nie passiert, dass der Klient dann so vor den Kopf gestoßen war,
59 (T: Nein.) weil er unbedingt geglaubt hat jetzt, Sie sind die Richtige und von Ihrer Seite (T: Nein, nein.)
60 passt es nicht, sondern es löst sich im Einvernehmen? (T: Es löst sich im Einvernehmen, ja.) Mhm. okay.
61 Das heißt – das trifft jetzt auch meine nächste Frage ein bisschen – wie erfolgt die Indikationsentscheidung,
62 also sprich, ist der Klient überhaupt indiziert für Psychotherapie oder diese Richtung, die Sie anbieten?
63 Wird das dabei auch beachtet oder geht's da mehr um Gefühle?
64

65 T: Es geht um Gefühle und um Beziehung. Also es ist mir vollkommen egal, was für sozusagen
66 Symptomatik oder welche Diagnose der hat. Das, find ich, spielt überhaupt keine Rolle. Und ich mein,
67 personenzentriert kann man mit allen arbeiten, ob das Psychosen oder irgendwas anderes ist, ist egal. Ich
68 find', es gilt immer nur: passt die Beziehung oder nicht.
69

70 I: Das steht im Vordergrund? (T: Ja, ja.) Mhm, okay. Wir haben den ersten Eindruck ja schon kurz
71 angesprochen, wo Sie gemeint haben, wenn Sie schon am Anfang das Gefühl haben, wird's
72 wahrscheinlich dabei bleiben. Können Sie da noch ein bisschen was dazu sagen, eventuell auch: Haben Sie
73 schon mal erlebt, dass Sie – weil, ich nehm' an, die Klienten rufen ja zuerst einmal an, um einen Termin
74 zu vereinbaren (T: Mhm.) – ist es da schon passiert, dass Sie da schon das Gefühl gehabt haben:
75 Irgendwie, irgendwas ist da, was, irgendein Gefühl?
76

77 T: Ja, das gibt's schon immer wieder, nur, also ich mein, dass ich rein aufgrund eines Telefongesprächs
78 nein sagen würde, das mach ich sicher nicht, sondern, also da ist schon wichtig eine persönlich
79 Begegnung (I: Mhm, eine direkte?), ja, weil oft wirklich da andere Gründe reinspielen – weiß ich – der
80 ist sich unsicher beim Telefonieren, oder, egal jetzt, da können andere Gründe einfach da sein.
81

82 I: Mhm. Also das ist Ihnen wichtig, dass da auf alle Fälle ein direkte Begegnung stattfindet? (T: Ja, ja.)
83 Und werden da schon irgendwie Dinge erfragt (T: Am Telefon?) bezüglich Problemlage oder
84 Symptomatik?
85

86 T: Nein, nein, überhaupt nicht, nein. Vielleicht manchmal frag' ich nach, wie er zu mir gekommen ist, an
87 meine Telefonnummer, das ist manchmal, aber das liegt daran, dass ich ehrlich gesagt, also, übergeh' vor
88 Klienten, und das bei der Auswahl insofern ein bisschen eine Rolle spielt, dass ich halt Leute bevorzuge,
89 die irgendwie von Leuten, die ich kenne oder so, empfohlen worden sind. (I: Das Sie dann, wenn Sie eh
90 schon so?) Ja, wenn ich eh nur noch einen Platz hab', sozusagen, und es rufen drei an, dann nehm' ich
91 lieber den, der irgendwie auf persönliche Empfehlung kommt.
92

93 I: Alles klar. Okay, das wäre zum ersten Eindruck. Ja, meine Frage wäre noch, welche Kriterien spielen
94 eine Rolle im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie? Ich mein, ein bisschen
95 haben wir es eigentlich eh schon angesprochen, dass Sie.
96

97 T: Also, sicher eben, wie gesagt, noch einmal: Nicht die, die Indikation, warum der kommt, sondern, also
98 eher wirklich, wenn in mir irgendwie total ablehnende Gefühle sind und ich das Gefühl habe, ich kann
99 demjenigen nicht mit der nötigen Wertschätzung irgendwie begegnen. Wobei, was da dahinter steht,
100 vielleicht manchmal sind persönliche G'schichten, die mit mir zu tun haben und wo ich merk, das spricht
101 vielleicht etwas an, und aktiviert was in mir, wo ich das Gefühl hab', es geht dann nicht gut zwischen uns
102 beiden. Aber, ein Punkt ist ganz sicher auch wesentlich, dass auch, wenn negative Gefühle da sind, dass
103 man die auch sehr offen anspricht, dass man sagt: „Also so, wenn ich Ihnen zuhör', dann merk' ich
104 irgendwie, dass ich ganz müde z.B. werd' – auch so was sag' ich schon in der ersten Stunde. (I: Aha,
105 also die Wirkung des Klienten auf Sie?) Ja, ja, ich hab' aber wirklich ganz positive Erfahrungen damit,
106 ja, weil die meisten Klienten also wirklich dann sehr froh darüber sind und es hilfreich eher ist, weil z.B.
107 dann kommt: „Ja, das erleb' ich sehr oft – weiß ich – in Begegnungen mit anderen Menschen auch, und
108 jetzt versteh' ich erst, was ich auslös', weil ich kann mir manche Reaktionen nicht erklären“ und so, also
109 sehr günstig.
110

111 I: Kann man dann sagen, dass das etwas ist, was mit dem Krankheitsbild, wenn man das so, oder mit der
 112 Problemlage des Klienten zusammenhängt? (T: Ja, meistens schon.) Weil, wenn er sagt, dass merk' ich
 113 auch bei anderen.
 114
 115 T: Ja, ja. Und wenn er reflektieren drüber kann, dann löst sich meistens auch dieses negative Gefühl auf,
 116 und dann geht's sehr gut miteinander. Also insofern – hab' ich eh gesagt – ich hab' glaub' ich vielleicht
 117 mit zwei Klienten einmal nicht können.
 118
 119 I: Hab' ich das jetzt richtig verstanden, dass es dann aufgrund des Ansprechens sein kann, dass sie
 120 trotzdem miteinander arbeiten? (T: Jaja, ja. Ja, ja.) Aber einfach aufgrund Ihrer Ehrlichkeit (T: Ja), wie
 121 der Klient auf Sie wirkt. (T: Mhm.) Mhm, okay. Ja, das hat jetzt eigentlich meine nächste Frage schon
 122 beantwortet, welche Überlegungen es dahingehend gibt, ob von Therapeutenseite aus mit dem Klienten
 123 gearbeitet werden kann, aber das (T: Ja, haben wir besprochen.) deckt sich damit.
 124 Aus dem englischsprachigen Raum kommt der Begriff „Intaker“ – das hab' ich aus der Literatur, beim
 125 Erarbeiten der Diplomarbeit – das sind speziell ausgebildete Beratungstherapeuten, die die Erstgespräche
 126 mit potenziellen Klienten führen, jedoch dann aber selber eine eventuell anschließende Psychotherapie
 127 nicht übernehmen. Was halten Sie von dieser Idee?
 128
 129 T: Gar nichts halte ich davon, muss ich ganz ehrlich sagen. (I: Können Sie das ein bisserl erklären?) Weil
 130 ich glaub' einfach, dass in einer ersten Stunde schon die Weichen gestellt werden für das, wie einfach die
 131 Beziehung läuft. Und ich halt's für sinnlos, irgendwie dass, dass dem Klienten irgendwie vorgegaukelt
 132 wird so ein bisschen: Okay, da hört mir jetzt jemand empathisch zu und es beschränkt sich auf eine
 133 Stunde und dann krieg' ich – als Klient – eine ganz andere Person vorgesetzt als Therapeut. Und ich
 134 denk' mir, da kann nur Ablehnung dann kommen. Also ich find's wichtig, dass derselbe Therapeut also
 135 wirklich dann auch die Therapie macht.
 136
 137 I: Außer es ergeben sich eben Dinge, wie Sie's angesprochen haben? (T: Ja.) *[Aufgrund einer Störung*
 138 *des Interviews durch andere Personen, die aus dem Zimmer etwas holen mussten, erfolgte hier eine kurze*
 139 *Unterbrechung des Gesprächs.]* Ja, geht alles wieder weiter. Okay, ich versuch' anzuknüpfen: Also
 140 Beratungstherapeuten eher nicht (T: Mhm.), weil dieser Erstkontakt schon sehr wichtig ist und in den
 141 meisten Fällen bleibt's ja dann bei der Beziehung. (T: Ja.) Mhm, okay. Dann gehen wir über zum
 142 Therapieprozess: Aufgrund welcher Merkmale ist erkennbar für Sie, ob ein Klient in der Therapie gut
 143 aufgehoben ist?
 144
 145 T: Ja, dass er einfach, ja, das Klima irgendwie sehr angenehm ist in der Therapiestunde, dass er, dass
 146 man merkt, er kommt pünktlich, er freut sich irgendwie auf die Therapiestunden, er kann offen irgendwie
 147 reden über seine Probleme, ja, dass die Beziehung sozusagen stimmt, dass man merkt, es verändert sich
 148 irgendetwas bei ihm. Ja, mehr fällt mir jetzt nicht ein.
 149
 150 I: Das heißt, dass sind so Dinge, wo Sie das Gefühl haben, es ist passend für beide Seiten. (T: Für beide
 151 Seiten, genau.) Gibt's bei Ihnen auch irgendwas, wo dann weiter reflektiert wird?
 152
 153 T: Ja, dass ich also wirklich merk': Ich arbeite gern mit dem Klienten, es interessiert mich, was er erzählt.
 154 Ja, ich schau genau hin, welche Veränderungen da sind.
 155
 156 I: Das heißt, wenn Sie schon eher mit, ah, Unmut – mir fällt jetzt kein besseres Wort dafür ein – dann
 157 wär' das für Sie ein Zeichen, dass es?
 158
 159 T: Dann würd' ich's wahrscheinlich ansprechen, ja.
 160
 161 I: Aber wär' jetzt nicht gleich ein Grund (T: Nein.), dass Sie sagen: „Ich glaub, wir können nicht mehr
 162 miteinander“ (T: Nein, nein, ganz sicher nicht.), sondern das wird dann bearbeitet in der Therapie. Und
 163 ist es schon mal vorgekommen, oder kann es diesbezüglich Fehleinschätzungen geben oder zu
 164 Fehlentscheidungen kommen?
 165
 166 T: Also bei Erwachsenen nicht. Bei Kindern kenn' ich das, wo's mit dem Umfeld oft sehr schwierig wird
 167 und ich einfach merke, dass, dass es z.B. besser gewesen wäre, mit den Eltern zu arbeiten als mit dem
 168 Kind. Aber bei Erwachsenen – Fehleinschätzungen könnt' ich nicht sagen.
 169
 170 I: Mhm, okay. Also dass jetzt der Klient z.B. nicht indiziert ist für diese Therapieform, das?
 171
 172 T: Also ich glaub', dass alle Klienten für diese Therapieform indiziert sind.

173
174 I: Ja, das haben Sie ja vorher schon gesagt (T: Ja.), dass Sie dieses Gefühl haben. Und welchen
175 Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebots. Also ich sprech' da
176 jetzt die drei Kernvariablen an, die Rogers beschreibt.
177
178 T: Ja, das ist das wesentliche Grundgerüst einfach der Therapie. Und, ja, ich denk' mir, weil wenn's nicht
179 gelingt, das irgendwie umzusetzen, dann passiert auch nix an Veränderung, und der Therapieprozess
180 stockt.
181
182 I: Mhm. Also das sind wirklich wichtige Kriterien? (T: Mhm, ja, total wichtig.) Und ist es Ihnen da schon
183 mal passiert, dass Sie sich gedacht haben: Ich kann ihm jetzt nicht so respektvoll oder nicht so
184 wertschätzend begegnen, wie es wichtig wäre?
185
186 T: Ja, wobei, ich mein, es gibt einfach Verhaltensweisen vom Klienten, die man, wo man sich schwer tut
187 damit, diese wertzuschätzen. Und da muss man sich dann oft wirklich so mit, aus dem Verstand
188 hervorholen, dass man halt irgendwie quasi diese Verhaltensweise ablehnt, aber dass das nicht bedeutet,
189 dass man den Klienten als Person irgendwie nicht wertschätzen kann.
190
191 I: Aha, also das ist wichtig, das zu unterscheiden (T: Mhm.), dass ist dann nicht gleich ein Grund: Oh
192 Gott, dass passt jetzt nicht mehr (T: Nein.), oder ich kann mit dem nicht, sondern das reflektiert man und
193 bringt's ins Bewusstsein. (T: Mhm, ja.) Okay.
194
195 T: Vielleicht noch, also zur Einfühlung kann ich noch sagen, dass es natürlich auch Phasen gibt, wo man
196 überhaupt nix versteht – z.B. mit Psychotikern ist es so, dass man phasenweise, ja, sich nicht einfühlen
197 kann, aber ich denk mir, um das geht's dann auch nicht. Es geht irgendwie um dieses Bemühen, sich
198 einzufühlen, und das kann man auch sagen, dem Klienten, dass man versucht, zu verstehen, aber im
199 Moment halt leider nicht versteht, und dass halt irgendwie das rüberkommt. Und das allein ist auch schon
200 wirksam, weil ich denk' mir, niemand sich sonst bemüht überhaupt, irgendwie, ja, Beziehungen
201 herzustellen zwischen dem, was der Klient erzählt und, und dem, was in ihm vorgeht.
202
203 I: Okay, das heißt, es ist gar nicht so *[Betonung]* relevant, dass jetzt zu hundert Prozent diese drei
204 Kernvariablen immer und jederzeit gegeben sind (T: Ja, ja.), sondern dass ein Bemühen dahinter ist
205 (T: Genau.) und dass im Notfall – also das ist jetzt ein unpassender Begriff – aber dass das auch
206 angesprochen wird und dem Klienten gesagt wird.
207
208 T: Genau, mhm. Bei der Echtheit ist es nicht ganz so. Also ich find, Echtheit jetzt von therapeutischer
209 Seite muss gegeben sein, weil sonst funktioniert's nicht. Ich mein, das ist etwas, was der Klient total
210 sofort bemerkt, und auf das reagiert er.
211
212 I: Aha, okay. Weil Echtheit wäre ja, wenn Sie ansprechen: „Ich tu' mir da grad ein bisschen schwer, Sie
213 immer zu verstehen“ oder so, dann sind Sie zumindest echt (T: Echt, genau.) und sprechen ehrlich Ihre
214 Gefühle an. (T: Mhm.)
215 Noch mal zum Aspekt Passung zwischen Therapeut und Klient – Sie haben es eingangs schon kurz
216 angesprochen. Können Sie sich noch ein bisserl dazu äußern, also, worauf achten Sie, was ist Ihnen da
217 wichtig, wie wird damit umgegangen?
218
219 T: Ja, also ich denk' wirklich, es – noch einmal – es geht um Beziehung, also zusammenpassen. Und
220 Passung ist für mich irgendwie ein komischer Begriff, muss ich dazu sagen, weil das klingt so wie – ich
221 weiß nicht – wir müssten zusammenpassen – weiß ich – altersmäßig oder, oder das Symptom müsste
222 passen zu dem, wie ich denke oder sonst was, und das ist es irgendwie nicht, sondern ich denk' mir, es
223 geht vielmehr um, um so eine gefühlsmäßige Passung. Also, kann man sich eine Beziehung sozusagen
224 vorstellen miteinander oder nicht. (I: Mhm, also ist ein Draht zwischen?) Ist ein Draht vorhanden, genau.
225
226 I: Weil Sie die Symptome angesprochen haben, ob die passen – man könnte ja vielleicht sagen: „Passen
227 die zu dem Behandlungs?“
228
229 T: Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten, nicht? – Könnt' man sich da fragen. (I: Genau.) Und das
230 find' ich völligen Unsinn, weil, ich mein, natürlich – also das muss ich schon sagen – ich glaube, in
231 Wirklichkeit, dass jeder Therapeut sich mit gewissen Dingen leichter tut wie mit anderen. Ich weiß z.B.
232 von mir jetzt – in der Reflexion – dass es mir viel schwieriger fällt z.B. mit depressiven Menschen zu
233 arbeiten als z.B. mit psychotischen Menschen. Aber ich weiß es, und, und es spielt dann eigentlich in der
234 Arbeit miteinander nicht wirklich eine Rolle.

235
236 I: Aha. Das heißt, Sie tun sich vielleicht bei einem leichter als beim anderen (T: Ja.), aber das heißt nicht,
237 dass Sie jemanden? (T: Dass ich nicht damit arbeiten könnt' oder so.) Ja, genau. Also Sie würden
238 jemanden nicht weg?
239
240 T: Außerdem bin ich der Meinung, dass man sowieso immer die Klienten kriegt, irgendwie, die man so,
241 die sozusagen passen für einen. Das ist irgendwie wirklich lustig, weil manchmal denk' ich mir, es
242 erübrigt sich vielleicht doch schon beim Telefongespräch. Weil manchmal dann beim Telefongespräch –
243 jetzt gar nicht so sehr von meiner Seite – sondern der Klient dann – weiß ich – z.B. sagt: „Naja, vielleicht
244 überleg' ich's mir doch noch, ob ich beginne“ oder: „Naja, ich wollt mich nur einmal erkundigen“, und
245 dann keinen Termin ausmacht. Und ich denk' mir, schon da läuft irgendetwas.
246
247 I: Dass jemand, der so ein Profil hat, wo Sie nicht so gut arbeiten, dass sich das dann gar nicht ergibt?
248 (T: Dass das, ja, genau. Dass das vielleicht schon spürbar wird, irgendwie unterschwellig.) Mhm, mhm.
249 Aber Sie würden jetzt nicht?
250
251 T: Jemanden, der depressiv ist, nicht nehmen – das würd' ich nicht, nein.
252
253 I: Mhm. Da passt eine Frage, die ich sonst später angesprochen hätte, aber dann ziehen wir sie vor:
254 Haben Sie sich schon mal gedacht, ein bestimmter Kollege könnte mit dieser [*Betonung*] spezifischen
255 Symptomatik oder Problemlage besser umgehen? Oder sagen Sie sich dann einfach: Na gut, mir liegt's
256 nicht so, aber ich möchte trotzdem mit dem Klienten arbeiten?
257
258 T: Also wenn ich mit dem Menschen an sich arbeiten kann, dann stell' ich mir die Frage nicht, muss ich
259 sagen. Wenn ich jetzt rein vom Theoretischen her über das nachdenk', ja, gibt's wahrscheinlich
260 jemanden, der sich halt vielleicht leichter tut mit Depressiven und mit Psychotischen z.B. nicht arbeiten
261 kann, kommt ja immer wieder vor. Aber in Wirklichkeit hängt's von der Person des Klienten ab, und
262 nicht von seiner Störung. (I: Mhm. Also Sie würden dann?) Nicht weiterschicken. Also ich hab' das noch
263 nie gemacht, dass ich dann sag': „Gehen Sie lieber zu dem Therapeuten X, weil der ist mehr spezialisiert
264 auf Ihr Problem“. – Das hat noch nie stattgefunden.
265
266 I: Okay, so was machen Sie nicht. Und Sie sagen auch nicht von vorn? (T: Es war noch nie notwendig,
267 sag' ich jetzt einmal.) Okay, ja. Und es gibt auch nichts, wo Sie von vornherein sagen: Mit dieser Art von
268 Störung oder mit dieser Art von Problemlage?
269
270 T: Also, es hat sich noch nie gestellt diese Frage. Wo ich mir wirklich, glaub' ich, schwer tun würde, sind
271 z.B. Sexualstraftäter. Also, da weiß ich nicht, ob ich mit so jemandem arbeiten könnte. Aber es hat sich
272 noch nie ergeben, also kann man es nicht sagen, dass ist es jetzt rein eine theoretische Überlegung.
273
274 I: Okay. Und haben Sie selbst schon mal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, mit diesem Klienten fühle ich
275 mich nicht sehr wohl?
276
277 T: Ja, z.B. einer von den zwei Fällen, wo ich aufgehört habe, war so, dass ich Angst bekommen hab' in
278 der Therapiestunde vor ihm, aber das war – weil ich grad Sexualstraftäter angesprochen hab', es stimmt
279 nicht ganz, dass ich noch nie damit konfrontiert war – weil das war so eine Geschichte, wo er so
280 Phantasien gehabt hat, Frauen zu quälen und zu foltern und so weiter. (I: Und das hat er angesprochen?)
281 Ja, das hat er in der Therapie also ausgebreitet, sehr ausführlich, diese Phantasien. Und da ist mir immer
282 mulmiger geworden und da hab' ich gemerkt, ich fang' mich zu fürchten an. (I: Aha. Und wie sind Sie
283 dann damit umgegangen?) Ja, da, mit dem hab' ich dann irgendwie besprochen nach fünf Stunden, dass
284 ich glaub' irgendwie, es geht nicht gut zwischen uns, und das hat aber auf Gegenseitigkeit beruht, weil er
285 natürlich auch meine Angst gespürt hat.
286
287 I: Das heißt, das hat sich im Therapieprozess dann ergeben, da haben Sie das erkannt? (T: Ja.) Da gab's
288 schon eine längere Zeit vorher, wo sie gemeinsam gearbeitet haben? (T: Na fünf Stunden, also das waren
289 diese ausgemachten fünf Stunden.) Ach so. Kann man das als Probesitzungen bezeichnen? (T: Ja, ja.)
290 Sind das immer fünf bei Ihnen?
291
292 T: Ja, ich schlag's immer mal prinzipiell vor, meistens ist es nicht notwendig, aber nach fünf Stunden
293 reden wir halt einfach wieder über die Beziehung und ob es passt mit uns.
294
295 I: Mhm. Das heißt, in dieser Probezeit hat sich das ergeben, und Sie haben das direkt angesprochen
296 (T: Ja.) und haben dem Klienten gesagt, Sie können nicht mehr mit ihm arbeiten? (T: Ja, ja.) Haben Sie

297 ihm, also, bezüglich Weiterverweisung, Weitervermittlung, haben Sie ihm da?
 298
 299 T: Ja, ich hab' ihm Adressen gegeben, von einigen Leuten, ich weiß nicht, ob er's in Anspruch
 300 genommen hat.
 301
 302 I: Mhm. Und ist es Ihnen auch schon mal passiert, im Therapieprozess – also nach diesen Probesitzungen
 303 – wo wirklich schon vielleicht ein halbes Jahr oder Jahr gearbeitet wurde oder so, dass? (T: Nein, ist mir
 304 noch nie passiert.) Gibt es Gründe, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen? Also Sie haben vorher schon
 305 gesagt, wenn kein freier Platz ist, dann eher die, die Sie von jemandem direkt. (T: Empfohlen bekommen
 306 hab', ja, genau.) Gibt's da noch andere Gründe, also dass Sie – weiß ich nicht – kommt mir zu krank vor
 307 der Klient (T: Nein, nein.), oder hab' das Gefühl, ich kann ihm nicht ausreichend?
 308
 309 T: Nein, nein. Also das sind eigentlich keine Gründe für mich, weil – ganz ehrlich gesagt – also ich bin
 310 eher so ein Typ, der sich dann herausgefordert fühlt, wenn jemand ziemlich – sag ich jetzt einmal –
 311 gestört ist, dann interessiert mich das eher sehr. Also das ist absolut kein Problem oder Grund für mich.
 312
 313 I: Also das ist dann eine Herausforderung für Sie? (T: Mhm, mhm.) Und dass es in der laufenden
 314 Psychotherapie von Ihrer Seite zu solchen Gründen kommt, also dass Sie es abbrechen? (T: War noch nie
 315 der Fall.) Also Sie haben gesagt, es war [*Betonung*] noch nie der Fall, aber könnten Sie sich vorstellen,
 316 dass es da etwas?
 317
 318 T: Also z.B. denk' ich mir, ein Grund wäre glaub' ich wirklich, wenn ich Angst kriegen würde (I: So wie
 319 jetzt in diesem?) vor dem Klienten, wie's in diesem Fall war. Also das, da denk' ich mir, da kann ich
 320 dann nicht mehr hilfreich sein, und da ist halt die Frage. Ich würde das auch offen ansprechen und je
 321 nachdem sozusagen, wie gut das besprechbar ist und ob sich dadurch etwas verändern würde oder nicht,
 322 von dem würd's glaub' ich abhängen.
 323
 324 I: Mhm. Also es wär' nicht gleich ein Grund: Ich habe jetzt Angst vor Ihnen, ich muss das abbrechen,
 325 sondern reden wir mal drüber (T: Ja genau.), wie verändert sich das Gefühl auf Ihrer Seite. Mhm, okay.
 326 Ja, da haben Sie jetzt eh einige Beispiele genannt. Bezüglich Weitervermittlung oder Aspekte, die bei
 327 einer Weiterverweisung eine Rolle spielen, können Sie dazu noch etwas sagen?
 328
 329 T: Das sind einfach Kolleginnen oder Kollegen, wo ich einfach ein gutes Gefühl hab'. Wo ich weiß, die
 330 arbeiten gut und ähnlich sozusagen wie ich, das sind einzig und allein die Kriterien.
 331
 332 I: Also die Sie persönlich kennen, wo Sie das Gefühl haben, die arbeiten gut. Darf ich fragen, sind das
 333 eher Therapeuten aus Ihrem Ansatz oder? (T: Ja, schon, schon.) Schon, also Sie vermitteln eher weniger
 334 zu Therapeuten anderer Richtung? (T: Mhm.) Dass Sie von sich aus jetzt das Gefühl hätten, ein
 335 Verhaltenstherapeut könnte dem Klienten vielleicht helfen?
 336
 337 T: Nein, nein. Also ich glaub' überhaupt nicht, dass eine andere Methode unbedingt für irgendein
 338 Problem besser wär' oder so, also das ist für mich kein Kriterium, sondern eher wiederum so irgendwie:
 339 Kann ich mir die Person des Therapeuten passend zur Person des Klienten vorstellen. Und, und werden
 340 die einen Draht zueinander haben oder nicht, also so, um das geht es eher.
 341
 342 I: Also wenn die Beziehung für Sie zwischen Ihnen und dem Klienten nicht passt, dann ist es Ihnen auf
 343 alle Fälle wichtig, dass der sozusagen gut aufgehoben ist (T: Mhm.), und Sie stehen ihm auf alle Fälle
 344 beratend zur Seite (T: Zur Verfügung. Jaja, natürlich.) Mhm, auch beim Erstkontakt? – Also weil Sie
 345 gesagt haben, wenn jetzt wenig Platz ist, dann, und Sie können eben jemanden nicht nehmen (T: Mhm.),
 346 geben Sie ihm dann am Telefon irgendwie?
 347
 348 T: Ja, da geb' ich ihm ein paar Namen, wo er sich, die er anrufen kann einfach.
 349
 350 I: Mhm, okay. Ja, wir haben alles angesprochen und so spontan fällt mir jetzt eigentlich auch gar nichts
 351 mehr ein.

Transkript Personenzentrierte Psychotherapeutin B

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: Okay, legen wir los. Erstmals danke, dass Sie sich zur Verfügung gestellt haben. (T: Gerne.) Ich werde
2 Sie zuerst ein paar Dinge zu Ihrer Person fragen – allgemeine, nichts Persönliches. Wie lange sind Sie
3 schon als Psychotherapeutin tätig bzw. seit wann in der Therapeutenliste?
4

5 T: In der Therapeutenliste seit sechs Jahren und tätig seit ungefähr zehn, elf Jahren. Zuerst in Ausbildung
6 unter Supervision und dann.
7

8 I: Okay. Wenden Sie neben dem Personen- bzw. Klientenzentrierten Ansatz – ich verwende diese beiden
9 Worte synonym – noch ein anderes Verfahren an?
10

11 T: Nein, das ist mein einziges.
12

13 I: Und können Sie kurz sagen, in welchem Kontext Sie als Psychotherapeutin arbeiten?
14

15 T: Also ich arbeit´ einerseits in einer Praxis in Wien und in einer Praxis in XXX – mit Erwachsenen,
16 Kindern und Jugendlichen. Und auch mit Menschen mit XXX und mit älteren Menschen.
17

18 I: Und ist eventuell eine davon eine Gemeinschaftspraxis?
19

20 T: Beide sind Gemeinschaftspraxen, mit einer Psychologin gemeinsam, wobei wir aber sehr getrennte
21 Bereiche haben. Also es ist nicht so, dass eine Klientin jetzt kommt und, oder war noch nie so – wär´
22 vorstellbar, ja – aber eine Testung z.B. bei einem Kind gemacht wird und die dann zu mir in Therapie
23 kommt oder so, es hat sich irgendwie noch nie so ergeben, sondern sind einfach ganz getrennte
24 Arbeitsbereiche. (I: Also Sie teilen sich die Räumlichkeiten?) Wir teilen uns die Räumlichkeiten und
25 dieses ganze, Infrastruktur mehr oder weniger. (I: Aber es gibt keine gemeinsame Zusammenarbeit oder
26 so?) Mhm, zumindest war´s bis jetzt so.
27

28 I: Also in der Gemeinschaftspraxis kein anderes Psychotherapieverfahren, dass angeboten wird?
29

30 T: XXX. Meine Kollegin bietet XXX an.
31

32 I: Aha, okay. Gut, und wie viel Klientenkontakt haben Sie ca. pro Woche?
33

34 T: Pro Woche? Ungefähr im Moment, ungefähr zehn.
35

36 I: Mhm, gut. Das waren mal so organisatorische Eingangsfragen, und nun einiges zum Erstkontakt. Also
37 wenn ein Klient zu Ihnen zum Erstgespräch kommt, was ist Ihnen da wichtig, was wollen Sie da erfahren
38 über den Klienten – wenn ich von „dem [*Betonung*] Klienten“ spreche, mein´ ich auch „die Klientin“ –
39 worauf achten Sie da besonders, was ist Ihnen wichtig? Vielleicht können Sie da ein bisserl darüber
40 sprechen.
41

42 T: Mhm. Also in erster Linie achte ich drauf, ob´s, ob´s passt, ja, jetzt um den Begriff zu verwenden. Ob
43 ich das Gefühl hab´, wir können miteinander eine Beziehung aufbauen. Jetzt ganz abgesehen von der
44 Symptomatik, von dem wieso er kommt, sondern ob ich´s G´fühl hab´: Ja, es ist einfach eine Ebene da,
45 wo´s möglich ist, eine Beziehung aufzubauen, auf der man dann aufbauen kann und was erarbeiten kann.
46 Als zweites natürlich schon auch auf die Symptomatik, weil ich weiß, es gibt einfach manche Bereiche,
47 wo ich für mich noch einmal klären muss, ob ich da arbeiten will und kann, so z.B. mit Depressionen,
48 also mit Klienten mit Depression kann ich gut arbeiten, das weiß ich, aber mit Psychotikern tu´ ich mir
49 manchmal schwer. Also das heißt, das muss ich für mich noch einmal ganz gut abklären. Und dann
50 natürlich auch diese ganzen Settinggeschichten, also ich hab´ zum Teil Klienten, wo ich ins Pflegeheim
51 geh´, so als Art mobile Psychotherapie, und da zu schauen, passt´s von den Rahmenbedingungen, passt´s
52 von den zeitlichen Bedingungen, passt´s auch vom Pflegepersonal rundherum, dass die dem einfach
53 positiv gegenüberstehen – und solche Sachen. Also das sind so die Hauptdinge, die ich beachte. Aber das

54 Wesentliche ist einfach die Beziehung, wenn die Beziehung, wenn ich's Gefühl hab': Nein, es passt
55 irgendwie nicht, wir können keine Beziehung zueinander aufbauen, dann sind die anderen Sachen
56 irgendwie nebensächlich.
57
58 I: Mhm. Könnte es auch umgekehrt sein, weil Sie gesagt haben, mit Psychotikern tun Sie sich eher
59 schwer, aber dass die Beziehung vielleicht so irgendwie, dass da so eine Harmonie da ist, dass Sie sagen?
60
61 T: Ja, es kann. War bis jetzt noch nicht. Das sind so reine Erfahrungswerte, wo ich weiß: Okay, mit
62 Mädchen mit Anorexie tu' ich mir schwer, mit Psychotikern tu' ich mir schwer, mit Borderline-Patienten
63 tu' ich mir schwer. Aber mit Depressiven tu' ich mir z.B. leicht, oder mit Klienten, die irgendwie
64 Panikattacken haben oder so. Das sind so Erfahrungswerte, wo ich aber nicht ausschlies', dass es auch
65 Psychotiker geben kann, wo's passt. Deswegen sag' ich ja: Es geht, in erster Linie geht's um: Ist es
66 möglich, eine Beziehung aufzubauen. Und alles andere sind dann diese Theorieschubladen, die ich so im
67 Kopf hab', und diese Erfahrungswerte, wo ich dann für mich überprüfen muss: Ja, aufgrund meiner
68 Erfahrung ist es so, aber ist es bei dem konkreten Menschen und Klienten jetzt auch so.
69
70 I: Kann man das zusammenfassen als: Kriterien für Sie, ob diese Psychotherapie mit diesem Klienten
71 zustande kommt oder nicht?
72
73 T: Kriterien ist ein bisschen zu strikt, weil dann wär's, dann wär'n die Ausnahmen schwer möglich. Eher
74 als Erfahrungswerte. Also wenn ich sag', das Kriterium ist: Mit Psychotikern nicht, dann ist es irgendwie
75 zu strikt ein bisschen für mich. (I: Das heißt, prinzipiell von vornherein sagen Sie nicht: „Nein, mit
76 Psychotikern nicht“?) Prinzipiell, wenn die Beziehung passt. Aber ich weiß aus Erfahrung, dass es da und
77 da und da schwierig sein kann, eine Beziehung herzustellen, und deswegen achte ich da noch einmal ganz
78 genau drauf, vielleicht so.
79
80 I: Aha, weil dann wahrscheinlich [*Betonung*] die Beziehung gar nicht so zustande kommt (T: Genau.),
81 weil in Ihnen vielleicht schon ein bisschen das Gefühl ist?
82
83 T: Weil möglicherweise von mir ausgehend schon das Gefühl ist: Naja, oder, ja, weil ich das einfach
84 schon bei einigen Klienten erlebt hab', dass es da irgendwie nicht so zusammenpasst.
85
86 I: Und von den Erfahrungswerten – wie gehen Sie dann damit um, wenn jetzt z.B. ein Psychotiker zu
87 Ihnen in die Therapie kommt und mit Ihnen arbeiten möchte?
88
89 T: Wenn ich beim Erstgespräch, beim Erstkontakt am Telefon schon merk', es passt nicht, dann vermittele
90 ich ihn gleich an irgendjemand anderen weiter. Wenn ich's im Gespräch, im Erstgespräch selber merk'
91 oder nach den ersten paar Stunden, dann thematisier' ich's, weil die Leute dann meistens eh auch
92 dasselbe Gefühl haben. (I: Aha, also das trifft dann eh auf beiden Seiten.) Also, weil das trifft's dann eh
93 auf beiden Seiten, nur trau'n sich's die Klienten meistens, also entweder sie kommen gar nicht mehr,
94 oder sie trauen sich's nicht zu thematisieren, und meistens ist es gut, das zu thematisieren und irgendwie
95 so die Schuld zu nehmen, irgendwie: „Ja, ich bin so schlecht, und deswegen kann Sie nicht mit mir“ oder
96 so. (I: Also da haben Sie eigentlich positive Erfahrungen gemacht, obwohl Sie das ehrlich ansprechen?)
97 Genau, dass der Klient dann nicht irgendwie beleidigt ist oder sich denkt: „Was ist mit mir los?“ Dass
98 man das dann so bringt, dass der Klient nicht irgendwie dieses Gefühl hat: „Ich bin jetzt so entsetzt
99 schrecklich“, sondern das einfach auf einer anderen Ebene ein bisschen zu bringen. Und dann den
100 irgendwie auch so weiter zu verweisen, dass es halt gut passt. Bzw. bei solchen Leuten sag' ich auch
101 schon, dass wir jetzt einmal nur zwei, drei Stunden vereinbaren, wenn ich unsicher bin, und dann noch
102 mal schauen: passt's oder passt's nicht.
103
104 I: Und wenn dieses Gefühl nicht da ist, dann gibt es diese Probesitzungen nicht?
105
106 T: Wenn das Gefühl nicht da ist, dann deklarier ich's nicht als Probesitzungen. Also bei Kindern auf
107 jeden Fall, da gibt's das, ja, und bei Jugendlichen. Bei Erwachsenen deklarier ich's dann nicht so,
108 sondern sag' einfach nach zwei, drei Mal: „Wie ist jetzt ihr Gefühl, passt das, können wir so
109 weitermachen?“ (I: Mhm, also nicht schon von vornherein: „So, wir schauen jetzt mal drei Stunden“,
110 sondern im Nachhinein wird das dann angesprochen?) Genau, dann bring' ich das nach zwei, drei, vier
111 Stunden einmal ein, und. Aber das spürt man dann irgendwie eh.
112
113 I: Okay. Damit haben wir eigentlich auch schon den ersten Eindruck ein bisschen angesprochen, das
114 wäre eine Frage, wie viel Bedeutung für Sie der erste Eindruck auch beim Telefonat hat – aber das ist
115 eigentlich schon erledigt (T: Mhm, haben wir schon erledigt.), dass Sie sogar schon teilweise am Telefon

116 die Leute weitervermitteln. (T: Ja.) Und das war jetzt eher von Ihrer Seite aus gesehen – gibt es Ihrer
 117 Meinung nach auch Dinge, also schauen Sie, ob der Klient indiziert ist für die Therapieform, die Sie
 118 anbieten? Wie ist da Ihre Meinung dazu?
 119
 120 T: Nein. Ich überleg´ jetzt grad, aber nicht bewusst, weil ich denk´, das hängt eh alles zusammen. Weil,
 121 ja, wenn für einen Klienten eher Verhaltenstherapie oder so passen würde, dann spielt das auch in die
 122 Beziehung und alles mit hinein, dann passt das irgendwie nicht, mein Beziehungsangebot nicht, dann
 123 geht das über diese Ebene hinaus.
 124
 125 I: Aber es gibt nichts, wo Sie von, eben von vornherein sagen: „Nein, ich glaub´ nicht, dass diese
 126 Symptomatik für diese Therapieform indiziert ist“ und dass Sie das von vornherein?
 127
 128 T: Also ich glaub´ grundsätzlich, dass man mit dieser Therapieform mit allen Klienten arbeiten kann,
 129 wenn´s einfach von den Persönlichkeiten her passt. (I: Gut, also das steht eindeutig im Vordergrund:
 130 Passen wir zusammen?) Mhm, genau.
 131
 132 I: Mhm, okay. Es gibt aus dem englischsprachigen Raum den Begriff „Intaker“, das sind speziell
 133 ausgebildete Beratungstherapeuten, die die Erstgespräche mit potenziellen Klienten führen, dann aber
 134 meistens die eventuell anschließende Psychotherapie nicht selber übernehmen. (T: Das ist so, wie´s in
 135 Beratungsstellen oft ist.) Mhm, was halten Sie davon, wie stehen Sie dazu, was ist Ihre Meinung?
 136
 137 T: Also in den Beratungsstellen kann ich´s mir irgendwie noch mehr vorstellen, weil das dann ja nur
 138 kurze Kontakte sind, und weil das einfach so diese Zuteilungen sind. Aber bei mir in der Praxis möchte
 139 ich das nicht, sondern da ist das wirklich essentiell, ja, dieses erste Gespräch schon. Weil ich einfach
 140 genau da schauen muss, passen wir zusammen oder passen wir nicht zusammen, und das kann wer
 141 anderer für mich nicht übernehmen. Also da ist irgendwie wer dazwischengeschaltet, was irgendwie eher
 142 hemmend ist als förderlich für mich. (I: Mhm, also ist ein wichtiger Meilenstein – kann man das so
 143 bezeichnen?) Mhm, mhm.
 144
 145 I: Okay, das war mal ein bisschen zum Erstkontakt. Jetzt zum Therapieprozess: Aufgrund welcher
 146 Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist?
 147
 148 T: Wenn er im Laufe der Zeit beginnt, mehr zu sich selber zu kommen. Das klingt jetzt ganz abstrakt,
 149 aber meistens ist es so – jetzt bei Klienten mit einer massiven Depression oder Panikattacke oder so –
 150 dass man das Gefühl hat, die stehen so ein bisschen von sich weg, und das Symptom ist im Vordergrund.
 151 Und wenn man das Gefühl hat, er beginnt, mehr sich dem anzunähern und mehr eine Einheit zu werden,
 152 und er beginnt, weniger von den Symptomen zu sprechen, sondern mehr auch über sich, mehr irgendwie,
 153 seine Umwelt zu reflektieren, zum Teil auch seine Vergangenheit zu reflektieren, und einfach die Stunde
 154 zu nutzen, um zu sich zu kommen. Und dann geht auch – jetzt so umgangssprachlich – „was weiter“. Da
 155 merkt man auch, er braucht die Symptome nicht mehr so sehr, sondern er kann sich auch irgendwie in
 156 Gebiete vorwagen, die angstbesetzt sind und sich denen stellen und einmal schauen: Warum ist das so
 157 oder was kann ich damit tun? Kann langsam anfangen, auch was zu verändern, und dann hab´ ich das
 158 Gefühl: Ja, es, es ist okay. Es ist irgendwie für beide Seiten okay. (I: Es passt für beide Seiten.) Mhm,
 159 mhm.
 160
 161 I: Von der Beziehung her –zwischen Ihnen beiden – können Sie da auch noch, weil das war jetzt eher auf
 162 den Klienten, also?
 163
 164 T: Von der Beziehung merk´ ich jetzt bei langen Therapien, die so ein, zwei Jahre sind, dass sich das
 165 schon verändert, weil irgendwie so bisserl eine Vertrautheit auch kommt, wo man aber aufpassen muss,
 166 dass es nicht zu, also als Therapeut schon die Distanz zu haben. Das ist dann irgendwie so, wenn eine
 167 Klientin kommt, die ich irrsinnig lang schon kenn´ und die ich auch gern mag – weil das ist ja auch
 168 irgendwie so ein Faktum – dass man aber trotzdem nicht zu sehr hineinkippen kann in dieses Nicht-
 169 Professionelle. Das ist irgendwie so ein ganz komischer Grad, zu wissen: Ja, ich weiß irrsinnig viel über
 170 sie, ich mag sie gern, und ich zeig´ mich als Person dann auch mehr, in meinen Reaktionen oder in
 171 meinen Antworten, die werden halt dann irgendwie spontaner oder so oder noch echter – aber trotzdem
 172 bleibt dieser Grad dieser Professionalität. (I: Klient und Therapeutin.) Genau, dass man irgendwie das
 173 nicht übersieht und dass das halt keine – weiß ich nicht – Bekanntschaft, Freundschaft, irgendwas ist,
 174 sondern es ist trotzdem diese professionelle Beziehung da. Bei aller Spontaneität und bei aller Echtheit
 175 und bei aller, was auch immer (I: Ist das noch wichtig, zu beachten.), ist es trotzdem wichtig, weil ich
 176 glaub´, sonst verliert man diese Distanz und diesen Blick für das, was jetzt gerade ist. So ein Stück muss
 177 man trotzdem draußen stehen.

178
179 **I:** Da wäre sonst die Beziehung trotz des Positiven gefährdet – kann man das so sagen?
180
181 **T:** Genau. Bzw. es wär´ irgendwie auch so eine Vorgauklung einer falschen Beziehung. Weil im Grund
182 ist es eine Beziehung, die begrenzt ist auf diese 50 Minuten und die einfach auch bezahlt wird. Es ist
183 einfach eine Geschäftsbeziehung, aber eine andere, wo ich mich einbring´ in den 50 Minuten und
184 versuch´, eben nett, echt, akzeptierend, blablabla zu sein, aber trotzdem ist es nicht so, dass ich am Abend
185 mit der jetzt ins Kaffeehaus geh´.
186
187 **I:** Okay, verstehe. Das waren jetzt sehr positive Dinge, die Sie angesprochen haben. Ist es Ihnen auch
188 schon einmal passiert, dass es irgendwie Ihrer Meinung nach zu Fehleinschätzungen oder
189 Fehlentscheidungen gekommen ist – während der Therapie, also dass Sie am Anfang das Gefühl hatten:
190 Das passt, und dann hat sich dieses Gefühl verändert? Entweder auf Ihrer Seite oder dass Sie das Gefühl
191 hatten, das passt eigentlich für den Klienten nicht mehr – hat es so etwas schon mal gegeben?
192
193 **T:** Das gibt´s manchmal auf meiner Seite, dass ich das Gefühl hab´, so auf die Art: Bringt das dem jetzt
194 noch was? Und wenn ich´s dann ansprech´, dann – also ich sprech´s dann irgendwie an: „Welche Ziele
195 haben wir jetzt noch oder was ist das?“ – und dann geht´s meistens wieder einen Schritt weiter, das sind
196 so, irgendwie so, manchmal Therapien, die so halt dahinplätschern, die auch schon lang gehen und dann
197 irgendwann plätschert´s halt so, aber es ist jetzt nix greifbares mehr. Wobei es die Leute dann oft auch
198 brauchen. (**I:** Dieses Plätschern?) Dieses Plätschern so ein bisschen als Luftholen und Atemholen und
199 einmal wieder so Ruhe einkehren lassen – und ganz notwendig ist, auch einmal über sog. Banalitäten zu
200 reden. Sondern das ist dann eher meine Ungeduld. Ganz selten passiert´s, wo ich das Gefühl hab´
201 irgendwie, es passt, aber die Leut´ kommen dann nicht mehr – das ist ein, zwei Mal passiert, dass halt
202 dann – plötzlich waren´s weg. Das war einmal bei einem Alkoholiker, der aber dann wieder in die Sucht
203 hineingekippt ist (**I:** Mhm, wo das dann wahrscheinlich auch mitspielt), wo das dann mitspielt. Und beim
204 anderen weiß ich´s definitiv nicht. Es kann sein, dass ich da irgendeinen Fehler gemacht hab´, der mir
205 irgendwie nicht bewusst ist. (**I:** Mhm. Die Person hat sich, oder beide haben sich nicht gemeldet, sind
206 einfach nicht mehr erschienen?) Der eine hat sich gemeldet, oder da hat sich die Frau dann gemeldet, und
207 beim anderen, die ist einfach nicht mehr erschienen. Was manchmal ist, ist bei Jugendlichen, dass die
208 nach sehr kurzer Zeit aufhören, wo ich noch´s Gefühl hab´, es wär´ viel dahinter, aber das ist einfach, das
209 ist im Prozess der Jugendlichkeitstherapie so, dass das einfach kürzere Intervall, also Therapien sind.
210
211 **I:** Aber wenn jetzt von Ihrer Seite dieses Gefühl entsteht, dann haben Sie gesagt, sprechen Sie´s ehrlich
212 an, und dann bewegt sich meistens wieder etwas.
213
214 **T:** Mhm. Oder ich versteh´ auch besser, warum das jetzt so ist. Während, wenn ich´s nicht ansprech´,
215 merk´ ich, es ist so eine Unruhe dann da und irgendwie so eine Unzufriedenheit von mir, so irgendwie
216 kann´s das jetzt nicht sein und es ist da was. Und das hindert dann am da, in der Gegenwart zu sein,
217 dieses Gefühl. Deswegen muss man es irgendwie auch ansprechen und sagen: „Was ist da jetzt los?“
218
219 **I:** Aber wäre es ein Grund für Sie, dass Sie dann sagen: „Ich glaube, jetzt passt es nicht mehr zwischen
220 uns, und wir beenden die Therapie?“
221
222 **T:** Wenn das Gespräch sich so entwickeln würde, ja, dann schon. (**I:** Also prinzipiell könnte es sein?)
223 Also prinzipiell kann´s natürlich sein. (**I:** Mhm, dass das dann in dem Fall von Ihrer Seite initiiert wird,
224 die Beendigung oder dass es zum Abbruch kommt.) Könnte prinzipiell sein, aber ich hab´s halt so noch
225 nie erlebt, aber es kann schon sein, ja, ist nicht auszuschließen.
226
227 **I:** Okay. Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebotes –
228 ich sprech´ jetzt da vor allem die drei Kernvariablen an, die Rogers beschreibt.
229
230 **T:** Einen ganz wesentlichen. Ich denk´, ohne dieser Verwirklichung könnt´ ich nie diesen Raum schaffen,
231 der es ermöglicht, dass die Klienten einfach wirklich anfangen, zu sich selbst zu kommen. Also das ist für
232 mich wirklich dieses ganz zentrale Faktum – zu schauen: Schaff´ ich´s? Und es spielt für mich auch in
233 dieses Beziehungsangebot ein Stück hinein: Schaff´ ich´s in dieser Beziehung zu diesem Klienten, das zu
234 verwirklichen, um ihm das auch bieten zu können? (**I:** Also das braucht´s?) Das braucht´s, weil ich sonst
235 nicht arbeiten kann.
236
237 **I:** Haben Sie´s schon mal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, eine dieser drei Variablen kommt bei Ihnen
238 jetzt nicht so zum Tragen?
239

240 T: Na das ist dann bei den Klienten, wo ich von Anfang an dann mein': Es geht nicht, oder wo's halt
241 dann nach den ersten zwei, drei Stunden eh nicht passt. Da ist auch dieses Gefühl: Ja, irgendwas kann ich
242 da jetzt nicht, nicht verwirklichen, von der Akzeptanz hauptsächlich.
243

244 I: Den Aspekt ‚Passung‘ haben wir schon ein bisschen angesprochen – können Sie vielleicht noch kurz
245 ein bisschen was dazu sagen: Die Passung zwischen Therapeut und Klient. Also wie Sie damit umgehen,
246 warum es wichtig ist für Sie?
247

248 T: Na weil ich denk', das ist einfach eine Arbeitsvoraussetzung. Es geht einfach bei den Klienten so um
249 existenzielle Sachen, dass es unbedingt notwendig ist, dass diese Beziehung passt – und auch die
250 Methode passt – weil's sonst nie möglich ist, so wirklich bis an die Grenzen oft zu gehen. Das sind ja oft
251 Therapien, wo's bei den Klienten um Aufarbeitungen geht, die wirklich bis an die Grenzen gehen des
252 Aushaltbaren, weil sie zum Teil sich ja wieder in Situationen hineinbegeben, die so schlimm und so
253 bedrohlich sind, dass sie da irrsinnig viel an Vertrauen brauchen, um das Aushalten zu können. Und ich
254 denk', wenn sie da nicht spüren, dass einfach diese Variablen gegeben sind, dass es passt, auch dass der
255 Therapeut das aushält, wenn sie da jetzt weinen und zusammenbrechen und und und, dann ist es nicht
256 möglich für die Klienten, sich da wieder hineinzubegeben und das auch ein Stück aufzuarbeiten und
257 d'ran zu wachsen. Also ich denk', ohne dieser, dieser Passung ist die ganze Therapie sinnlos. (I: Mhm.
258 Also ein wichtiges Fundament.) Mhm, mhm. (I: Damit das ganze gut laufen kann.) Damit es laufen kann,
259 weil sonst ist es so ein aneinander irgendwie nebeneinander herreden zwar, aber die wesentlichen Dinge
260 werden sonst sicher nie zum Tragen kommen.
261

262 I: Mhm. Und neben der Persönlichkeit haben Sie jetzt auch angesprochen, dass die Methode passen soll –
263 also das ist für Sie auch ein wichtiges Merkmal?
264

265 T: Also für mich hängt's zusammen, ja. Für mich, denk' ich mir, würd's nicht passen, wenn ich
266 irgendwelche verhaltenstherapeutischen Interventionen setzen würd', das wär', das würd' nix bringen,
267 könnt ich zwar lernen und theoretisch anwenden, aber es würd' nix bringen, weil's zu mir nicht passt.
268 Und deswegen ist es so, dass einfach für mich das eines ist, dass die Beziehung passt und auch die
269 Methode passt, weil ich's G'fühl hab': Ja, das ist die Methode, die ich authentisch leben kann und
270 verwirklichen kann und mit der ich authentisch arbeiten kann. Und, ja, deswegen hängt's so zusammen.
271

272 I: Mhm. Und haben Sie da schon mal das Gefühl gehabt, während der Therapie, dass sich ein Klient
273 möglicherweise [*Betonung*] mit einer anderen Methode – jetzt weniger auf der Persönlichkeitsebene,
274 sondern rein methodenindiziert betrachtet – dass Sie von sich aus das Gefühl hatten: Ich weiß nicht, ich
275 glaub', mit seiner Problemlage, möglicherweise wäre da ein anderes Verfahren?
276

277 T: Also ganz selten stell ich mir's bei Menschen mit XXX, die so irgendwie Verhaltensauffälligkeiten –
278 Ticks und so – haben, nur merk' ich dann, dass das eher meins ist, weil ich auch XXX bin, und dass mir
279 dann eher dieses XXX-Sein in die Quere kommt. So mit: „Sollten wir da nicht eher irgendein Programm
280 entwickeln, damit der seinen Tick verliert und und und. Also das kommt mir eher mehr in die Quere.“
281

282 I: Wie gehen Sie dann damit um? Bleibt's bei Ihnen oder sprechen Sie's an?
283

284 T: Also bei den Menschen mit XXX sprech' ich's nicht an, weil die das zu sehr verwirren würde.
285 Entweder ich klär's für mich, zu sagen: „Was braucht der jetzt? Braucht der ein pädagogisches
286 Lernprogramm oder braucht der Therapie?“ – und handle dann danach. Ja, oder ich geh' in Supervision.
287 (I: Wo Sie das für sich dann klären können.) Wo ich's dann für mich kläre. Bzw. auch Gespräche mit
288 Angehörigen oder mit Betreuungspersonal, um noch einmal zu schauen: Was ist es jetzt eigentlich, was
289 er braucht?
290

291 I: Aber sonst ist es Ihnen in der Therapie noch nicht passiert?
292

293 T: In der Therapie mit XXX ist es mir noch nicht passiert, nein.
294

295 I: Okay. Haben Sie schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten – im Therapieprozess: Mit diesem
296 Klienten fühle ich mich nicht sehr wohl? (T: Im Prozess meinen Sie jetzt, nicht am Anfang, sondern im
297 Prozess?) Können Sie beides beschreiben.
298

299 T: Fühl' ich mich nicht sehr wohl, wenn die, also bei einem Kind hatt' ich das einmal, wobei das nichts
300 mit dem Kind und mit dem Prozess zu tun hatte, sondern mit den Rahmenbedingungen, weil das ein Kind
301 war, das vom Vater sexuell missbraucht wurde und weil da dann so Gerichtsverhandlungen und sowas

irgendwie im Raum gestanden sind. Und ich mich deshalb nicht wohl gefühlt hab', weil ich das irgendwie nicht wollt', da jetzt vorgeladen zu werden als Zeugin und auch immer die Frage: Wie sehr ist das dann mit Verschwiegenheitspflicht. (I: Also da eher mehr das Drumherum.) Das sicher auch die Beziehung beeinträchtigt hat, weil ich nicht mehr so wertfrei da hineingegangen bin, sondern das einfach immer irgendwo trotzdem im Kopf hatte. Und manchmal bei depressiven Klienten, wo so zum Abwegen ist: Wie sehr suizidgefährdet ist er jetzt? Wo, wie weit kann ich die Verantwortung übernehmen, und ab wann geht's nicht mehr?

I: Und wenn's nicht mehr geht, wie geht's dann weiter?

T: Eben, es ist bis jetzt noch nie so gewesen, dass es nicht mehr gegangen ist, sondern dass ich dann, also wenn's nicht mehr gehen würde, müsst' ich konkrete Schritte unternehmen – mit Einweisung in die Psychiatrie zum Beispiel. (I: Weil da Selbstgefährdung bestehen würde für diesen Menschen?) Genau. Weil ich das einfach auch nicht mittragen kann. Aber bis jetzt ist es soweit gegangen, dass es gereicht hat, einen Psychiater einzuschieben und zu sagen: „Bitte nehmen's auch Medikamente“ und so, und damit hat es gepasst. Aber das ist dann schon was, wo ich merk': Da bin ich nicht mehr so in der Beziehung, wenn das im Raum steht, weil's dann immer so ein bisserl ein Abwägen ist und ein auch, wie sehr kann man die Verantwortung auch übernehmen. Weil man doch einfach drinnen hängt, und wenn sich der umbringt, ist es unangenehm. Diese Dinge merk' ich, dass die dann beeinträchtigen. Sonst vielleicht wenn ich mich ärger', wenn ich nach – weiß ich nicht – nach XXX in die Praxis fahr' und von fünf Klienten sagen mir vier am letzten Tag ab. Dass ich dann einfach mich ärger', weil ich mir denk': Das passt irgendwie sehr – ist mühsam.

I: Wird der Ärger dann von Ihnen beim nächsten Mal angesprochen oder verarbeiten Sie das dann für sich?

T: Kommt drauf an, ob er noch da ist. Meistens ist er eh nicht mehr da, wenn ich dann irgendwem anderen anruf', und mich da, also irgendeine Kollegin anruf' und mich aufreg', und dann is' eh weg. Aber wenn noch was da ist, dann klär' ich's schon, wie einfach die Absagemodalitäten sind. Kommt auch drauf an, ob das einmal ist, oder ob das fünfmal hintereinander ist. (I: Weil Sie extra raus fahren und dann mehr oder weniger umsonst.) Und dann, genau.

I: Okay. Aber es war jetzt nie der Fall, dass Sie – ich sag' jetzt mal – Angst bekommen haben vor einem Klienten oder so?

T: Nein, nein.

I: Okay. Welche Gründe gibt es, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen? Also wie, gibt es überhaupt eine Klientenauswahl, erfolgt das? Welche Kriterien spielen hier eine Rolle?

T: Naja, eben eh so, wie wir's schon erwähnt haben. So im Erstgespräch bzw. am Telefon. Am Telefon schon auch strikt, wenn ich merk': Es passt nicht. Bzw. was ich mir vorstellen könnte – aber was noch nie passiert ist – sind einfach wirklich Menschen, die Gewaltverbrechen irgendwie gemacht haben. Wo ich aber noch, wo sich aber bis jetzt noch nie wer gemeldet hat. (I: Aber könnte man da sagen, das wäre – Entschuldigung, dass ich unterbreche – das wäre ein Selektionskriterium für Sie?) Ja, wahrscheinlich. Weil ich, ich glaub', ich würd' mir wirklich schwer tun, so den Menschen zu sehen, und nicht jetzt irgendwie so diese Tat vor mir zu haben. Also das, ja, das kann ich jetzt nicht, ist jetzt nur irgendwie so eine Utopie, aber das ist was, was mir einfällt, wo ich sag': „Ja, das möcht' ich nicht, mich da so hinzulassen“. Auch mit Drogenabhängigen – also Alkoholiker geht, aber so wirklich mit harten Drogen oder Heroinabhängigen oder so, das (I: Würden Sie da von vornherein sagen?) Da würd' ich von vornherein, glaub' ich, sagen: „Nein.“ Ich hab's zwar jetzt noch nie gehabt, aber ich glaub', da würd' ich sagen: „Nein.“

I: Erfragen Sie das dann auch schon beim Telefonat?

T: Ich erfrag' beim Telefonat ungefähr, worum's geht, und da merkt man das eh gleich.

I: Das heißt, in so einem Fall käme es dann gar nicht zu einem persönlichen Kontakt.

T: Genau, mhm. Aber stimmt, die zwei Sachen, die sind eher schon so selektiv, ja.

I: Und wie erfolgt dann eine eventuelle Weitervermittlung? Gibt es so etwas, dass Sie dann andere

364 Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung stellen?

365

366 **T:** Jaja, das schon. Ich hab' sowohl in Wien als auch in XXX Adressenlisten, wo man schauen muss,
367 entweder von Beratungsstellen – wenn ich's Gefühl hab', da passt das besser – oder auch von
368 Therapeuten. Bzw. in Wien vor allem sowieso ein ziemlich enges Kollegennetz (**I:** Wo Sie dann?), wo
369 ich dann einfach hin, wo ich Adressen und Telefonnummern hab', die ich dann weitergeb'. Und wo ich
370 auch ungefähr dann im Kopf hab', das könnt' passen oder die Kollegin arbeitet gern mit so einer
371 Klientengruppe oder ich hab's Gefühl: Das passt zu ihr.

372

373 **I:** Aus welchem Verfahrensbereich kommen diese Kolleginnen und Kollegen, sprich: Welche
374 Therapierichtung? Beschränkt sich das auf den Personenzentrierten Ansatz oder?

375

376 **T:** Logotherapeuten sind das, dann auch eine Kollegin die XXX macht, und sonst Personenzentrierte. Ein
377 Analytiker ist auch dabei. Aber hauptsächlich Personenzentrierte Psychotherapeuten, weil ich einfach da
378 meine Kontakte am meisten hab'.

379

380 **I:** Mhm, okay. Haben Sie sich schon einmal gedacht, ein bestimmter Kollege oder eine Kollegin könnte
381 mit dieser spezifischen Symptomatik oder Problemlage des Klienten besser umgehen oder besser arbeiten
382 – ist Ihnen sowas schon mal passiert?

383

384 **T:** Ja eh, also wenn ich's Gefühl hab', es passt nicht. (**I:** Aber dann eher von vornherein schon?) Eher von
385 vornherein, ja. (**I:** Also während des Therapieprozesses?) Es zeigt sich meistens wirklich im
386 Erstgespräch, worum's definitiv geht. Also es ist, ich hab's noch nie erlebt, dass dann während des
387 Prozesses es so eine Überraschung gegeben hat, dass ich mir gedacht hab': Na, das is' jetzt ganz anders,
388 als ich mir gedacht hab'. Also es, irgendwie lasst sich so – nicht jetzt bis ins Kleinste – aber so die
389 Tendenz zeigt sich im Erstgespräch, wo's hingeht oder wo jetzt ungefähr die Probleme sein könnten.
390 Meistens sogar im ersten Satz.

391

392 **I:** Also dieser Erstkontakt klingt für mich sehr, sehr.

393

394 **T:** Der ist ganz, ganz wichtig. Und da nehm' ich mir definitiv auch länger Zeit. (**I:** Mhm. Um diese Dinge
395 abzuklären.) Um da wirklich zu schauen: hat's, macht's Sinn oder macht's – mir ist es wichtig: ist es
396 passend oder nicht.

397

398 **I:** Okay. Wir haben alles abgedeckt. (**T:** Wow.) Besten Dank!

Transkript Klientenzentrierte Psychotherapeutin C

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: Dann erstmal danke, dass Sie sich die Zeit nehmen (T: Bitte) für dieses Gespräch. Zuerst bitte ein paar
2 Sachen zu ihrer Person, wobei ich das dann natürlich anonymisiert darstellen werde. Wie lange sind Sie
3 schon als Psychotherapeutin tätig bzw. wie lange in der Therapeutenliste?
4

5 T: Also als Psychotherapeutin tätig bin ich seit 1976, das macht 32 Jahre.
6

7 I: Und die Liste gibt's seit?
8

9 T: Die gibt's erst seit 1992, glaub' ich.
10

11 I: Okay. Wenden Sie neben dem Personen- oder Klientenzentrierten Ansatz – ich verwende diese zwei
12 Begriffe synonym – auch noch ein anderes Verfahren an?
13

14 T: Oja, ich bin auch XXX Therapeutin und XXX-Therapeutin und XXX-Therapeutin.
15

16 I: In welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeutin? (T: In der freien Praxis.) Hier. (T: Hier, ja.)
17 Und das ist eine Gemeinschaftspraxis, richtig? (T: Genau, ja, ja.) Welche anderen Verfahren – also ich
18 mein, Sie bieten ja schon vier verschiedene an – aber was wird noch, also Gemeinschaftspraxis?
19

20 T: Das gleiche eigentlich. Also die eine ist noch XXX, und XXX – ist ja, geht ungefähr um's selbe – und
21 meine Kollegin macht noch XXX. Und dann haben wir noch XXX, das kann ich auch, das machen wir
22 auch. Machen wir noch was? Sportpsychologie, aber das ist kein therapeutisches Verfahren. Nein, ich
23 glaub', das umschreibt's jetzt.
24

25 I: Und wie viel Klientenkontakt haben Sie ca. pro Woche, wobei ich mich auf Erwachsene beziehe?
26

27 T: 30. 25 bis 30, da schwankt immer.
28

29 I: Okay, das war mal so organisatorisch. Und jetzt ein bisschen zum Erstkontakt (T: Ja): Wenn der Klient
30 zum Erstgespräch kommt, was ist Ihnen da wichtig über den Klienten zu erfahren? Worauf achten Sie
31 besonders? Vielleicht können Sie da ein bisschen was dazu sagen, wie das abläuft, was Sie wissen
32 wollen, was Sie beachten, was ist Ihnen wichtig zu erfahren?
33

34 T: Also ich frag' immer zuerst nach den Symptomen, die jemand hat. Also meistens sagen die Leute: „Ja,
35 ich hab' eine Depression“ oder sowas, dann frag' ich nach den Symptomen, woran jemand das merkt.
36 Frag', seit wie lang diese, also diese besondere Beschwerde besteht, wieso gerade jetzt der Zeitpunkt,
37 eine Beratung oder Therapie aufzusuchen. Ich frag' nach den Lebensumständen, und inwiefern die dazu
38 geführt haben, inwiefern die dazu beitragen könnten, dass dieses Symptomatik jetzt auftritt. Dann frag'
39 ich, ja halt eben so nach allen Rundumbedingungen, die es gibt: Beziehungen, Freunde, Arbeit, also eben
40 die Lebensumstände. Dann frag' ich, ob die Leute glauben, dass das jetzt aktuell zum ersten Mal so ist
41 oder ob sie schon seit längerer Zeit mit einem ähnlichen Thema belastet oder konfrontiert sind, also ich
42 geh' in die Lebensgeschichte. Dann versuch' ich – wenn's irgendwie geht – das zu tun, was
43 Klientenzentrierte Therapeuten tun, nämlich ein szenisches Verstehen zu entwickeln, also zu überlegen:
44 Wo könnte das hinpassen, die Symptomatik oder so wie jemand ist. Und das dauert meistens eine Weile,
45 bis man das irgendwie versteht, da frag' ich halt viel nach. Was tu' ich denn noch im Erstgespräch? Ich
46 versuch' die Fragestellung, ich versuch' nach eigenen Hypothesen zu fragen, auch. (I: Die der Klient
47 hat?) Die der Klient hat. Im Großen und Ganzen versuch' ich einfach – da kommen ja meistens sehr
48 lange Schilderungen, also da ist man viel mit Zuhören beschäftigt – und dann versuch' ich die
49 Fragestellung mit dem Klienten noch einmal genau zu definieren, vielleicht auch umzuformulieren. Das
50 Therapieziel frag' ich ab: Was wünschen sie sich, oder erwarten sie sich von mir? Und dann machen wir
51 die Vereinbarung, also die Fragen: Wie oft, wie viel, Geld, Absangeregelungen. Dann ist die Stunde
52 meistens vorbei.
53

54 I: Gibt es Kriterien, die einer Rolle spielen im Hinblick auf die Entscheidung, ob die Therapie zustande

55 kommt oder nicht? Oder ist das vor vornherein gegeben?
56
57 **T:** Oja, es gibt schon Kriterien. Also eine wichtige Sache: Dass ich irgendwie eine Eigenmotivation
58 erkenn' von dem Klienten. Oder eine, ist gibt ja auch so Geschicke: „Meine Frau hat g'sagt, dass ich was
59 machen sollt'“ oder „Mein Mann ist mit mir unzufrieden“. Wenn ich am Ende der Stunde nicht
60 herauskrieg', dass der- oder diejenige das für sich selber tun will hier – weil es kann ja auch selber
61 vorgeschoben sein, so: „Ich hab' ja nix, aber fürs erste“ und dann kommt jemand doch drauf, dass er für
62 sich was gewinnen möchte, dann ist das was anderes – wenn nicht, dann würd' ich's lassen, würd' ich
63 sagen: „Ja, Sie haben kein Anliegen, ist in Ordnung“. Dann brauch' ich so was wie eine – wenn's nicht
64 wirklich jemand Psychotischer ist, wo's einfach nicht geht – aber dann brauch' ich so was auch wie ein
65 Interesse, sich selber zu explorieren. Also es gibt so Leute, die sagen immer: „Ich weiß nicht, ich weiß
66 nicht, ich weiß nicht“. Das würd' ich – wenn nicht jemand wirklich ein Frühstörung hat, die ich erkennen
67 kann – dann würd' ich sagen: „Das geht nicht.“
68 Dann hab' ich einmal jemanden gehabt, der eigentlich ein Gewalttäter war, also Exhibitionismus, das
69 nehm' ich nicht. (**I:** Also da selektieren Sie schon von vornherein? Das wissen Sie?) Das habe ich
70 erfahren und dann hab' ich gewusst, das kann ich nicht nehmen, weil das in der Praxis nicht zu führen ist.
71 Oder wenn jemand so wirklich ganz, also in einer Lebenssituation steckt, die so verwirrt und verworren
72 ist, dass eine einmalige Therapie in der Woche nix hilft. Also wenn alles so irgendwie schief läuft, bei
73 Borderline-Patienten ist das oft so. (**I:** Also wenn jemand häufigeren therapeutischen Kontakt bräuchte?)
74 Wenn jemand viel mehr Unterstützung bräuchte, ja. Also die Lebenssituation ist unklar, es gibt keine
75 Arbeit, Sozialhilfe ist gering, oder nicht einmal das, sondern ist ununterbrochen verwirrt, bringt seine
76 Sachen nicht auf die Reihe, also wo einfach ein intensives Rehabilitationsprogramm notwendig wär'. Da
77 berate ich jemand dorthin weiter, aber ich sag': „Das macht keinen Sinn“. (**I:** Mit Beratung meinen Sie?)
78 Also Therapie, schon Therapie. Also ich berate dann jemanden, was er/sie tun könnte, aber ich fang'
79 keine Therapie an, weil ich mir denk': Ein Mal in der Woche ist einfach wie ein Tropfen auf dem heißen
80 Stein – das geht so nicht.
81
82 **I:** Mhm, und mit Beratung meinen Sie da, welche Möglichkeiten es für diese Person gibt, wo sie sich
83 hinwenden kann?
84
85 **T:** Wo sie sich hinwenden kann, ja, genau. Also da versuch' ich schon, behilflich zu sein und mit dem
86 Arzt zu reden und so, aber zu sagen: „Das geht jetzt einfach nicht“. So, jetzt überleg' ich noch wo. Ich
87 glaub', darunter fallen auch sehr gespannte Borderline-Patienten, weil da einfach eine Kombination aus
88 Gruppentherapie, ärztlicher Betreuung und Einzeltherapie in dichter Form wichtig ist. Und dann gibt's
89 glaub' ich Themen, mit denen ich nicht kann, z.B. kann ich ganz schwer mit dicke Leut' arbeiten. Ist
90 auch schon gegangen, wenn ich dann den Missbrauch dahinter erfahren hab' oder so, also dass ich für
91 mich ein Thema finde, das mir wieder zugänglich ist. Aber sonst, also da gibt's, das geht einfach nicht.
92 (**I:** Da ist irgendwie eine, eine Hemmung in Ihnen?) Ja, das, das versteh' ich nicht. Also ich weiß einfach,
93 dass ich mich in so was einfach nicht einfühlen kann.
94
95 **I:** Darf ich fragen, wie Sie damit umgehen, wenn so ein Mensch jetzt zu Ihnen kommt?
96
97 **T:** Dann sag' ich einfach: „Es gibt Leute, die mit dieser Thematik mehr Erfahrung haben“. Mit
98 Adipositas zum Beispiel, Essstörungen, wenn's wirklich darum geht.
99
100 **I:** Ach so, meinen Sie jetzt dicke Menschen, wenn die damit ein Problem haben und das bearbeiten
101 wollen? Weil es kann ja auch sein, dass ein Mensch dicker ist, aber in der Therapie ganz was anderes
102 bearbeiten will.
103
104 **T:** Wenn ich einen Zugang find', wenn ich ein anderes Thema find', mit dem ich gut kann, dann ist mir
105 das gleich.
106
107 **I:** Also es geht Ihnen jetzt weniger um's Äußerliche, sondern um das Problem der Essstörung.
108
109 **T:** Um das Problem, jaja, genau, ja, ja. Da bin ich nicht gut, bei Essstörungen. (**I:** Verstehe, mhm.) So,
110 das wär' so eins. Ja, oja, es gibt noch einen Grund: Alkoholiker oder Suchtkranke, die nicht
111 einverstanden sind, das zu beenden – in einem bestimmten Abstand – also die sagen würden: „Nein, das
112 geb' ich nicht auf“ – die würd' ich auch nicht nehmen.
113 Und wo ich skeptisch bin, ist, wenn ich hör', dass jemand schon seit, dass ich die zehnte Therapeutin bin.
114 (**I:** Weil?) Na, weil ich mir denk': Wieso haben die anderen zehn nicht funktioniert? Da muss es etwas
115 geben, wieso's nicht funktioniert hat. Also wo ich von vornherein ablehn'. Dann gibt's solche, wo ich die
116 zehnte Therapeutin bin, wo ich mir denk', wo ich mir persönlich denk': Okay, ich mach' wieder fünf

117 Stunden oder so, weil mehr wird er oder sie nicht kommen, aber vielleicht helfen die fünf Stunden zu
118 einem nächsten Schritt. (I: Mhm, so als Probesitzungen, kann man das sagen?) Also wo ich nicht glaube,
119 dass eine längere Therapie zustande kommt. (I: Da schlagen Sie das mal vor: Schauen wir uns mal fünf
120 Einheiten an?) Ja, oder ich stell' mich einfach drauf ein, dass das nicht mehr werden wird. Also wo die
121 Vorgeschichte nahe legt, dass das schnell zu Abbrüchen kommt.
122
123 I: Mhm. Und was mich auch noch interessieren würde: Von Indikationsseite her – auch im Hinblick
124 darauf: Kommt die Therapie zustande oder nicht – gibt's da Überlegungen bezüglich Indikation?
125
126 T: Sie meinen, ob der Klient oder die Klientin bleiben wird, oder wie? Quasi Leute mit einer Borderline-
127 Störung kommen nicht?
128
129 I: Nein, ich hab' jetzt gemeint, ob Sie sich denken: Dieser Klient – wenn ich sag': Der Klient, mein ich
130 auch die Klientin – ist nicht indiziert für das, was ich anbiete oder für das, was wir hier in der
131 Gemeinschaftspraxis anbieten'. Das hab' ich jetzt gemeint. Gibt es da auch?
132
133 T: Das würde sich mit dem vorher decken, was ich vorher g'sagt hab'. Also ich glaub' ja, dass in der
134 Person- oder Klientenzentrierten Therapie wir ja viele Nachweise haben, dass es eigentlich kaum ein Feld
135 gibt, wo wir nicht arbeiten können. Besonders seit es den Prouty gibt, der viel gearbeitet hat auf der Basis
136 der Frühstörungen.
137
138 I: Also von da her auch keine Selektion von vornherein?
139
140 T: Ist eigentlich keine da, weil es gibt zu allem eigentlich den Beweis, dass Personzentrierte Therapie
141 hilft. (I: Mhm, okay. Daher auch keine Indikationsfrage?) Nein, würd' ich nicht sagen.
142
143 I: Okay. Letzte Frage noch zu diesem Bereich: Gibt es, oder was beachten Sie in Bezug auf, rein auf die
144 Beziehung zwischen Ihnen und Klient? Gibt es da Sachen, die?
145
146 T: Ja, da beacht' ich alles. Das ist ja ein Teil unseres Therapieansatzes, dass wir auf die Beziehung
147 schauen. Sie meinen jetzt für eine Weiterführung der Therapie? (I: Genau, ja.) Na gut, ich stell' am Ende
148 eines Erstgesprächs immer die Frage, ob jemand glaubt, mit mir arbeiten zu können. Und ich stell' mir
149 die Frage auch. Und was dann rauskommt, ist eh klar, die Punkte, die ich genannt hab', wo ich nicht
150 kann. Also es muss irgendwie sowas wie ein Rapport entstehen zwischen uns. Ich achte, also ich hab' alle
151 Augen und alle Sinne darauf ausgerichtet, ob jemand mit mir in Kontakt geht oder nicht. Ob das
152 überhaupt passiert. Bei vielen Krankheitsbildern ist es ja so, dass es nicht gut geht – wenn jemand eher
153 autistisch ist oder depressiv, dann ist es schwierig. Aber ob's Momente gibt in diesem Erstgespräch, wo
154 jemand mit mir in Kontakt geht. (I: Mhm. Ob sich da ein Draht entwickelt, kann man das so sagen?) Ob
155 sich so was entwickelt, ja genau. Und ob ich so was wie ein Mitgefühl entwickeln kann. Wenn ich das
156 nicht entwickeln kann, dann arbeite ich nicht. Also wenn mir das nicht gelingt – meistens gelingt's mir,
157 also ich glaub', zu 90 % gelingt's mir. Aber das ist wichtig, dass ich so was hab' wie ein Mitgefühl: Ich
158 kann mit dieser Person, das rührt mich an.
159
160 I: Gut. Ich hab', bei der Ausarbeitung meiner Diplomarbeit bin ich auf einen Begriff gestoßen, nennt sich
161 „Intaker“, kommt aus dem englischsprachigen Raum und meint speziell ausgebildete
162 Beratungstherapeuten, die die Erstgespräche mit potenziellen Klienten führen, aber dann eine eventuell
163 anschließende Therapie nicht selber übernehmen. Können Sie kurz sagen, was Sie davon halten?
164
165 T: Ich bin mit dem Thema nicht konfrontiert, also ich kann nicht sagen, was ich davon halt. (I: Mhm,
166 also keine Konfrontation mit diesem Thema.) Ja, hab' ich noch nie gehört und hab's auch nicht erfahren
167 und nicht erlebt. Oja, in meiner Arbeit als XXX, aber da bin ich nicht Psychotherapeutin. Also dort
168 arbeit' ich mit den Leuten zwei Stunden und kristallisier' mit ihnen heraus, inwiefern sie dann zu einer
169 Psychotherapie gehen oder nicht. Da bin ich die Beraterin, so könnt' man's schon sagen, oja. Weil ich als
170 Arbeitspsychologin dort keine Psychotherapie übernehme, weil das eine verschiedene Rolle ist. (I: Mhm,
171 das heißt, dort sind Sie eigentlich so was, wie ich es angesprochen hab'?) Da mach' ich das, genau, ja,
172 das fällt mir jetzt grad ein. (I: Welche Therapie, ob Therapie überhaupt?) Ob Therapie überhaupt und,
173 und wie, und helfen, jemanden zu finden. Aber ich übernehm's nicht selber, weil's eine Rollenkonfusion
174 wär'. (I: Alles klar.) Und dann ist es, glaub' ich, schon sinnvoll, weil Sie die Frage nach dem Sinn
175 stellen. Dass man, aus dem heraus ist das klug, ja, dass man. Ist ja wahrscheinlich auch so, wenn man
176 Telefonberatung macht, oder so Notfallsberatung macht. Da ist jemand als Berater und klärt, wie die
177 Schritte weitergehen, und die Psychotherapie übernimmt dann wer anderer.
178

179 I: Und kann man sagen, in diesem Feld der Beratung wird durchaus die Indikation berücksichtigt? Wenn
180 Sie jetzt sagen, Sie schauen, ob Therapie überhaupt und wenn ja, welches Therapieverfahren?
181
182 T: Nein, weil die Forschung sagt ja, dass es, dass es nicht drauf ankommt, was für ein Verfahren, sondern
183 wie der Therapeut und Klient zusammenpassen. Also ich halt mich an diese Forschungsergebnisse.
184
185 I: Also weniger das Verfahren wirkt, sondern die?
186
187 T: Die Beziehung wirkt. Und darum mach´ ich mir keine Gedanken. Es gibt umgekehrt viele Leute, die
188 kommen und sagen: „Machen Sie Gestalttherapie?“ – Warum? – „Ja, mein Arzt hat mir geraten, ich soll
189 Gestalttherapie machen.“ So, also es gibt Leut´, die tun das, die sagen: „Das solltest du.“ Und ich glaub´
190 das einfach nicht.
191
192 I: Und das tun Sie dann auch nicht als Arbeitspsychologin, dass Sie schauen, ob, welche Problemlage hat
193 der Klient und Ihrer Meinung nach wäre dann z.B. Verhaltenstherapie das richtige Verfahren. Das
194 passiert nicht?
195
196 T: Das mach´ ich nicht, nein, nein. Das einzige ist wirklich so spezialisierte Geschichten, wie wenn man
197 eben, wenn eben jemand ein Alkoholproblem hat, dass er dann natürlich wo hingeht, wo mit dem Thema
198 umgegangen wird.
199
200 I: Okay, sehr gut, ist viel raus gekommen. Zum Bereich Therapieprozess dann: Aufgrund welcher
201 Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist, ob das für ihn passt –
202 diese Therapie?
203
204 T: Na das Einfachste ist: Sie kommen wieder. Wenn sie wieder kommen, berichten sie. Und sie müssen
205 nicht nur über Fortschritte berichten, sondern auch über etwas, was nicht gepasst hat, also dass so eben,
206 sowas entsteht wie Vertrauen. Der Klient kommt mit seinen Themen. Ob sie, ob sie gut oder schlecht
207 sind. Dann würde natürlich eine, dann muss man auch so was haben wie eine Hetz miteinander – also
208 man muss auch lachen können miteinander. Wenn das gelingt, weil sonst gelingen viele Therapieschritte
209 nicht. Dann muss jemand mich sozusagen körperlich zulassen können, also mich in seinen Intimbereich
210 hinein lassen – ob das jetzt wirklich körperlich ist oder emotional – das ist wichtig. Und, was fällt mir
211 noch ein? Natürlich sollten Therapiefortschritte erkennbar sein. Ich hab´ grad mit jemandem aufgehört,
212 der sehr narzisstisch gestört war und der sagt: „Ich hab´ nix davon gehabt“. Also das war z.B. so ein
213 Beispiel, da hab´ ich das Gefühl g´habt, wir arbeiten in der Stunde gut, und zum Schluss hat er immer
214 g´sagt: „Ja, aber ich hab´ davon nix, warum soll ich wieder kommen?“ Das beendet man dann. Macht
215 keinen Sinn. Hab´ ich jetzt irgendwas, jetzt hab´ ich bestimmt irgendwas, die Frage war, ob ich den
216 Therapiefortschritt erkenne, nein, wie?
217
218 I: Ob der Klient in der Therapie gut aufgehoben ist, ob sie für ihn passt – Ihrer Meinung nach. Auch im
219 Hinblick darauf: Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebotes, ob Ihnen das immer gelingt,
220 bei jedem Klienten? (T: Nein, gelingt mir nicht immer.) Ich sprech´ jetzt da vor allem auch die drei
221 Kernvariablen an vom personen- und klientenzentrierten Ansatz, die Rogers beschreibt.
222
223 T: Also es gibt Situationen, da hab´ ich den Eindruck, ich versteh´ es nicht. (I: Wie gehen Sie dann damit
224 um?) Das sag´ ich dann laut und besprich das auch. Und sag´: „Ich hab´ einfach keinen Zugang. Es tut
225 mir leid, ich hab´ mich bemüht, aber es geht nicht, ich versteh´s nicht.“ (I: Wie geht´s dann weiter?)
226 Dann versuch´ ich, jemanden weiterzuvermitteln. (I: Okay, also dann nehmen Sie sich „aus dem Spiel“?)
227 Dann nehm´ ich mich aus dem Spiel, ja. Also wenn ich für mich abseh´: Das wird mir nicht gelingen. Es
228 kann sein, dass ich das auch absichtlich sag´, weil in der, in meiner Diagnose, Hypothese ist, dass jemand
229 sich immer unverständlich ausdrückt, oder unzugänglich, dann hör´ ich nicht auf, dann sag´ ich es nur.
230 (I: Dann wird´s angesprochen, aber nicht beendet?) Nicht beendet. Aber wenn ich den Eindruck hab´, ich
231 versteh´ das einfach nicht.
232
233 I: Also das wäre wieder so ein Selektionsgrund, der dann erst später kommt.
234
235 T: Genau, ja, der später kommt. Nicht am Anfang, weil das, am Anfang glaub´ ich immer, dass es ein
236 bisserl Zeit braucht, bis ich das versteh´. Dann gibt´s ja, dann ist ja auch in unserer Theorie, dass das
237 Beziehungsangebot, wenn´s nicht klappt, auch ein Indikator für was ist. Also wenn ich depressive
238 Patienten nehme, und so den Eindruck hab´: Ich bleib´ mit all dem, was ich tue, ohnmächtig. Oder bei
239 diesen narzisstischen Menschen, weil das war ja nicht nur ich, die ihn nicht erreicht hat, sondern es ist in
240 seinem ganzen Leben so. Dann klappt das Beziehungsangebot nicht, aber es ist ein Indikator für die

241 Störung. Also das heißt ja nicht, dass es nichts bringt, dass es nicht gelingt, sondern das ist verstehen
 242 durch nicht-verstehen.
 243
 244 I: Okay. Wir haben schon ein bisschen Zeitdruck. Ich versuch', die wichtigsten Fragen herauszufiltern.
 245 Wenn ich Ihnen sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“ – was können Sie sich drunter
 246 vorstellen? Können Sie kurz was dazu sagen, was Sie dazu meinen.
 247
 248 T: Am meisten, dass man mit einander lachen kann. Oder dass wir wechselseitig unsere Lebenswelten
 249 verstehen können. Dass es, das Leiden, das er/sie hat, irgendwo in meinem Leben auch schon
 250 vorgekommen ist. Dass wir uns sprachlich versteh'n, also in der Wortwahl und in den Sätzen und
 251 Bildern. (I: Also das wären so ‚Passungskriterien‘, wenn man es so bezeichnet?) Ja, ja.
 252
 253 I: Haben Sie schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, mit diesem Klienten fühle ich mich nicht
 254 sehr wohl? Entweder von Anfang an oder dann im Laufe des Therapieprozesses. (T: Ja natürlich. Ja
 255 freilich, ja.) Können Sie da kurz ein bisschen was dazu sagen? Wie das ausgeschaut hat oder was da in
 256 Ihnen entstanden ist. (T: Nicht wohl fühlen, mhm.) Oder wie gehen Sie dann damit um, wenn dieses
 257 Gefühl entsteht.
 258
 259 T: Ich such' grad ein Beispiel, weil es gibt verschiedene Nicht-wohlfühls. Es gibt das, aber das hat ja
 260 viel mit der Diagnose zu tun, ich nehm' dieses Mit-dir-nicht-wohlfühlen im Grunde ja auch als
 261 Diagnoseinstrument und sag': „Was heißt das für eine Beziehung, dass ich mich mit wem nicht
 262 wohlfühl'“? Und versuch', das in meine Hypothese hineinzubringen, und so geh' ich auch dann damit
 263 um. Da gibt's Klienten, wo man sich jedes Mal denkt: Mein Gott, wenn die heut' absagen tät', wer's mir
 264 grad recht. Aber das sind eben immer Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, meistens. Also ich glaub',
 265 ich bin inzwischen so erfahren, dass ich nimmer sag': „Es ist, ich händl' das so, wie wenn ich mit
 266 jemandem im Zugsabteil sitz', und der ist mir lästig und ich steh' auf und geh' und setz' mich woanders
 267 hin.“ Sondern ich nehm' das immer als Indikation für die Störung.
 268
 269 I: Und was bedeutet das für die Beziehung zwischen Ihnen und diesem Klienten?
 270
 271 T: Na, die muss ich mir regeln. Also es bedeutet nix für die Beziehung, weil der Klient kann nix dafür.
 272 Ich muss mit mir in's Reine kommen und muss schauen, dass ich das für mich so steuere, dass ich es
 273 nützen kann. (I: Mhm. Und wie machen Sie das?) Ja eben so, indem ich mich auf die Seite stell' oder
 274 hinausgeh' aus dem Feld oder mir das mal von außen anschau', meditier' d'rüber, in die Supervision
 275 geh'. Ja, so.
 276
 277 I: Und sprechen Sie solche Gefühle auch an – dem Klienten gegenüber?
 278
 279 T: Nur wenn ich sie selber gut reflektiert hab'. Also wenn ich weiß, was ich damit will. Wenn sie nicht
 280 impulsiv sind. So: „Also heut' is' mir so langweilig mit Ihnen“ – das sag' ich nur, wenn ich weiß, dass
 281 das eine therapeutische Intervention ist.
 282
 283 I: Aha, gut. Und ein Beendigungsgrund wäre das auch, so ein starkes Gefühl des Nicht-wohlfühls?
 284
 285 T: Nein, absolut nicht. Weil das ist mein Kaffee.
 286
 287 I: Ein bisschen haben Sie's schon angesprochen, gibt es Gründe, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen
 288 oder erfolgt überhaupt eine Klientenauswahl? Wenn ja, was spielt eine Rolle? – Aber das haben wir
 289 eigentlich eh schon angesprochen, am Anfang, wo Sie gesagt haben, mit wem Sie nicht so gut können.
 290
 291 T: Genau, und, und wo ich mir denk', es macht keinen Sinn. Also bei Leuten, die Rehabilitation
 292 brauchen.
 293
 294 I: Ergibt sich das dann auch oft direkt beim Telefonat schon? (T: Nein.) Also Sie möchten auf alle Fälle
 295 immer die Person mal persönlich sehen.
 296
 297 T: Na man hört's ja, die Leute rufen ja an und sagen: „Ich brauch' einen Termin.“ Also ich führ' keine
 298 langen Vorgespräche am Telefon. (I: Okay. Also das direkte persönliche Erstgespräch.) Ja, ist dann
 299 notwendig, ja, ja.
 300
 301 I: Okay. Haben Sie sich schon mal gedacht, ein bestimmter Kollege könnte mit dieser spezifischen
 302 Symptomatik oder Problemlage des Klienten besser umgehen? (T: Oja, natürlich.) Wie geht das dann vor
 303

304 sich?
305
306 T: Also wenn's beim Erstgespräch passiert, dann sag' ich's auch, dann sag' ich: „Dort wären Sie, glaub'
307 ich, besser aufgehoben.“ Oder vielleicht auch bei einem Mann, nicht bei mir als Frau. Das sag' ich dann.
308 (I: Mhm, okay. Wird ehrlich angesprochen.) Ja. Oder ich fühl' mich zu alt, das gibt's auch. Also z.B.
309 wenn eine 17jährige kommt, dann glaub' ich, dass meine Kollegin besser ist, weil sie näher dran ist.
310
311 I: Mit Kollegin meinen Sie – weil Sie diese Handbewegung machen – von hier, in der
312 Gemeinschaftspraxis.
313
314 T: Von hier, ja, ja. Also wir tun untereinander auch vergeben, oder weitergeben.
315
316 I: Okay, das passiert hier? (T: Ja.) Aufgrund welcher Merkmale?
317
318 T: Na eh weil ich glaub', dass die das besser kann. Also die eine Kollegin ist sehr gut mit Kindern und
319 Elterberatung, und wenn ich so den Eindruck hab': Das ist so, dann, ja dann sag' ich, sie sollen zu ihr
320 gehen. Oder eben aufgrund des Alters zum Beispiel oder, oja, etwas gibt's da auch noch: Die, z.B. die
321 Frau X, ist sehr viel, die arbeitet sehr viel langsamer wie ich. Und wenn ich den Eindruck hab', ich bin zu
322 schnell oder zu leistungsorientiert – ich bin sehr leistungsorientiert – und ich würde diese Geduld nicht
323 aufbringen können, so langsam vor mich hin zu arbeiten.
324
325 I: Ist es Ihnen auch schon passiert – nicht beim Erstgespräch – sondern dass Sie nach ein paar Stunden
326 das Gefühl hatten: Na, ich glaub', eine Kollegin würde das besser händln?
327
328 T: Das tu ich kaum. (I: Okay, also wenn, dann eher im Erstgespräch?) Wenn dann nach dem
329 Erstgespräch, genau.
330
331 I: Und da durchaus, dass hier in der Gemeinschaftspraxis. Wird das dann oft auch irgendwie bei
332 Teambesprechungen?
333
334 T: Ja, oder auch Fach- oder auch Kolleginnen, die außerhalb sind, aber was Spezielles gut können, wie
335 z.B. Essstörungen oder Borderline-Störungen – da hab' ich einfach Leut', die das besser können wie ich.
336 – Die eine andere Geduld aufbringen.
337
338 I: Aha. Und dann vermitteln Sie diesen Klienten weiter? (T: Weiter, genau.) Auf welche Weise? Also ich
339 nehm' mal an, Sie geben die Adressen?
340
341 T: Ja, oder ich frag' selber nach, ob ein Platz frei ist, damit jemand nicht weggeht und hat nix. Oder es ist
342 eher was sozialarbeiterisches, dann schau' ich, dass ich dort was krieg'. Also ich halt die Hand so lang,
343 bis die andere Hand zugreift.
344
345 I: Alles klar. (T: Gut, jetzt muss ich Schluss machen.) Wir haben's ganz gut abgedeckt. (T: Haben wir's
346 durch?) Ja, ja. (T: Okay gut, fein.) Super, danke schön. (T: Bitte.)

Transkript Klientenzentrierter Psychotherapeut D

I = Interviewerin

T = Therapeut

1 I: Erstmals danke schön, dass Sie sich die Zeit genommen haben für dieses Gespräch. Zuerst bitte einige
2 Fragen zu Ihrer Person, wobei die natürlich sehr allgemein gehalten sind. Wie lange sind Sie schon als
3 Psychotherapeut tätig bzw. wie lange schon in der Liste des Bundesministeriums?

4
5 T: Ja, in der Liste bin ich, seit's die gibt. (I: Das ist, glaub' ich, 1991?) 1990, 1991 – weiß jetzt nicht das
6 genaue Datum – Anfang der 90er Jahre. Und als Psychotherapeut bin ich tätig seit Mitte der 70er Jahre.

7
8 I: Mhm, okay. Also schon eine lange Zeit. (T: Ja.) Wenden Sie neben dem Personen- bzw.
9 Klientenzentrierten Ansatz – ich verwende diese beiden Begriffe synonym – auch noch ein anderes
10 Verfahren an?

11
12 T: Ich hab' alles Mögliche in der Zeit damals – das ist lange vor dem Therapiegesetz – mir angeeignet
13 erfahrungsmäßig, u.a. die XXX, ein bisschen XXX, ein bisschen XXX. Hab aber in dem klientenzentrierten
14 Ansatz sozusagen meinen Ansatz gefunden, ist mir auf den Leib geschneidert sozusagen und in dem bin
15 ich auch ganz drinnen. Natürlich sind da viele Einflüsse dabei, aber nicht, dass ich sagen könnt': ich
16 arbeite damit wirklich. Ausgenommen vielleicht XXX-Therapie – da haben wir aber auch eine eigene
17 Weiterbildung für uns organisiert im klientenzentrierten Rahmen, aber das wär' so ein bisschen eine
18 Qualifikation. Und darüber hinaus hab' ich natürlich – ich war ja vorher schon in der XXX tätig, also bin
19 Trainer und auch XXX-Therapeut – das wär', wenn man so will, eine weitere Methode.

20
21 I: Gut. Und in welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeut?

22
23 T: Freiberuflich. (I: In freier Praxis?) Ja.

24
25 I: Und wie viel Klientenkontakt haben Sie in etwa pro Woche?

26
27 T: Derzeit 12 bis 15. Ich muss dazusagen, ich bin ja sehr bei uns in der Ausbildung tätig, bin auch in der
28 Theorie unterwegs, und das ist meine Mischung auch für die Arbeit, dass ich nicht nur Psychotherapien
29 mach', sondern viel Supervision – auch außerhalb des therapeutischen Bereiches – und Ausbildungen.

30
31 I: Okay, alles klar. Das war mal so Organisatorisches. Jetzt hätt' ich einige Fragen zum Erstkontakt. Also
32 wenn ein Klient zu Ihnen zum Erstgespräch kommt, was ist Ihnen da wichtig, über den Klienten zu
33 erfahren, was möchten Sie gerne wissen, worauf achten Sie besonders? Vielleicht können Sie das ein
34 bisschen beschreiben.

35
36 T: Naja, über den Klienten zu erfahren: Vor allem meinen Eindruck. (I: Mhm, ja natürlich, auch wie's
37 Ihnen dabei geht, und was Sie bei sich beachten.) Naja, wie's mir dabei geht aus sozusagen
38 diagnostischen Gründen, ob. Also erstens einmal ist mir wichtig – aber das wird vielleicht eh in späteren
39 Fragen von Ihnen noch kommen – meine emotionale Resonanz – die möglichst gut wahrzunehmen. Aber
40 jetzt nicht, damit ich genau merk', was mir alles nicht passt oder wie's mir nicht gut geht, sondern ob das,
41 was mir ev. nicht passt, mich interessiert – wie die Person dazu kommt, so zu sein, dass ich diese
42 Resonanz krieg'. Also ob das was ist, auf das ich mich einlassen mag, was mich auch neugierig macht,
43 und was ich in dem Sinn haben kann. Also kann sein, dass der Klient irgendwie komisch auf mich wirkt,
44 oder ein Depressiver wirkt vielleicht mühsam – man muss alles rausquetschen oder so – aber ob's
45 irgendwie mein Interesse trägt: Also was kann gewesen sein, dass der dazu kommt, so zu sein, wie er ist
46 und wie er wirkt – er oder sie – und ob das jetzt insgesamt etwas ist, auf das ich mich gern einlass'. Nicht
47 weil es mich so freut, weil der Klient so klass' ist, sondern weil es eine spannende Lebensgeschichte ist,
48 die dahinter steht.

49
50 I: Also wenn dieses Gefühl bei Ihnen entsteht, ist das noch lange kein Grund dass Sie sagen: „Das wird
51 nicht funktionieren mit uns“ (T: Ja.), sondern Sie gehen mal tiefer.

52
53 T: Wobei das Funktionieren gehört schon auch dazu, also wenn es etwas ist, was mir absolut nicht liegen
54 würde oder wo ich mir schwer tu', das wär' dann eine Kontraindikation. (I: Gibt's da Beispiele dafür?)

55 Gibt's eigentlich nicht. Also die Beispiele – also wo ich ein bisserl an Erfahrung anknüpfen kann – das
56 ginge so in die Richtung: Wenn jemand ein ganz ehrgeiziger Manager oder der beruflich nur
57 weiterkommen will und nicht, und überhaupt kein Interesse zeigt, wie's ihm innerlich geht, sich auf das
58 zu konzentrieren und so auf äußerliche G'schichten abfährt – aber auch da kommt's drauf an: Ist das wer,
59 der da sitzt, wo ich das Gefühl hab': Na wir kriegen schon einen wirklichen Kontakt miteinander und ich
60 kann mich schon drauf einlassen.

61
62 I: Mhm, also kann man zusammenfassen: Emotionale Resonanz und Kontakt zwischen Ihnen und dem
63 Klient?

64
65 T: Ja. Emotionale Resonanz plus Interesse an der Entstehung, an dem Gewordensein dieser Person, die so
66 und so eine Resonanz bei mir auslöst.

67
68 I: Kann man das sozusagen als „Rahmenbedingungen“ bezeichnen, also damit ein gutes Fundament für
69 diese Beziehung besteht?

70
71 T: Ja. Also natürlich gehört ein Therapiemotiv dazu, also dass die Person überhaupt ein Interesse hat, an
72 sich irgendwie nachzuschauen und nachzuspüren – das ist eh meistens gegeben, weil irgendein
73 Leidensdruck gegeben ist – aber das gehört noch dazu, zu den Vorbedingungen.

74
75 I: Mhm. Und hab' ich richtig herausgehört: Es gibt für Sie nichts, wo Sie von Anfang an schon sagen:
76 Mit dieser Problemlage oder diesem Störungsbild – erfahrungsgemäß oder warum auch immer – kann ich
77 nicht arbeiten?

78
79 T: Nicht von der Störung her, sondern höchstens von der Person her, wie die auf mich wirkt.

80
81 I: Also indikationsmäßig gibt's da nix, wo Sie sagen: „Damit weiß ich“?

82
83 T: Nicht von einer Indikation im Sinn der Klassifikationsschemata, die wir da haben, wohl aber im Sinn
84 von: einigermaßen Bereitschaft der Person, sich auf ihr eigenes Innenleben einzulassen. Also jemand, der
85 nur an äußeren (I: Ja, so wie Sie's mit dem Manager beschrieben haben.), ja.

86
87 I: Okay, also von vornherein – z.B. dass Sie sagen: „Ich tu' mir mit psychotischen Menschen schwer“ –
88 das würden Sie nicht sagen, von vornherein?

89
90 T: Natürlich tu' ich mir vielleicht schwer, aber wenn's mein Interesse weckt. Ich hab' mal mit einer
91 manisch-depressiven Person gearbeitet, die nicht leicht auszuhalten ist in den manischen Phasen und auch
92 in den depressiven nicht, aber es hat was, also die war auch gewillt, bei sich selbst zu verweilen – wenn
93 sie nicht grad in der manischen Phase ist natürlich – und das macht's möglich, und das macht eine
94 Orientierung oder eine Zuwendung von mir möglich.

95
96 I: Mhm, verstehe. Okay, ich glaub', das trifft auch meine nächste Frage: Welche Kriterien spielen eine
97 Rolle im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie? Aber das trifft's eigentlich
98 eh.

99
100 T: Eigentlich ist es das Gesagte. Also vor allem die Bereitschaft der Person, die nicht gleich von Anfang
101 an gegeben sein muss, aber ob ich es mir vorstellen kann: Na die wird schon dazu kommen, bei sich
102 nachschauen zu mögen. (I: Und bei Ihnen eben diese Resonanz und das Interesse dahinter?) Ja, wobei die
103 Resonanz kann durchaus eine negative sein, das wären Borderline-Personen, da ist vielleicht zuerst viel
104 Begeisterung, aber hereindrängen da, aber das ist mit Vorsicht zu genießen, weil das kann ins Gegenteil
105 umschlagen – das ist mir klar, das ist nicht leicht, aber es geht nicht darum, dass ich mich immer bestens
106 wohl fühlen muss mit dem Klienten – also die Resonanz nur eine positive sein müsste – sondern eine
107 solche, die mich neugierig macht auf den Hintergrund, auf die Entstehung, auf den Sinn, was das bei
108 dieser Person hat.

109
110 I: Mhm, und versteh' ich das richtig, dass das eigentlich nicht nach einem Kontakt entschieden werden
111 kann? Braucht's da einige Stunden oder?

112
113 T: Ein Kontakt, grad ein Erstkontakt und ein Ersteindruck birgt viel in sich, dass man dann auch nachher
114 – die alten Hasen sozusagen nehmen sich ja da viel zu wenig Zeit für Nachreflexion, aber man hat dafür
115 auch einige Übung und Erfahrung damit – also wo noch, wenn man das nachher auf sich wirken lässt und
116 nachher durchgeht, schon noch auf allerhand detailliertere Linien draufkommt. So, jetzt hab' ich die

117 Frage vergessen, wo wir ausgegangen sind. (I: Die Ausgangsfrage war der Erstkontakt und.) Aja, ob das
 118 ausreicht. (I: Genau.) Natürlich stellt sich erst im Lauf der Zeit eine vollständige Resonanz oder eine
 119 vollständige Wahrnehmung her.
 120
 121 I: Genau, das war mir wichtig: Kann es sein, dass es schon nach einem Gespräch aus ist oder sagen Sie:
 122 „einige Stunden auf alle Fälle“? Oder gibt's das überhaupt, dass es vorkommt, dass Sie nach einer Stunde
 123 sagen, ich glaub'?

124
 125 T: Also es hat ganz wenig Fälle gegeben, wo ich nicht hätte arbeiten wollen. Das waren aber auch
 126 meistens Personen und Situationen, die gar nicht eindeutig Psychotherapie gesucht haben. Das waren
 127 dann Erstgespräche, um irgendwelche Fragen abzuklären. Wobei da schon mit eine Rolle spielt die
 128 Motivation zur Psychotherapie – die waren sich noch gar nicht klar und haben auch noch gar nicht
 129 gewusst, was sie wirklich wollen oder brauchen. (I: Also auf Klientenseite ein wichtiges Kriterium?) Ja,
 130 ja. Und sowas ist im Erstgespräch auf dem Tisch. Insofern würd' ich sagen, das erste Gespräch reicht
 131 schon.
 132
 133 I: Okay, aber dann eher auf Klientenseite mit der Motivation. Gibt's irgendetwas – na gut, das haben Sie
 134 eigentlich eh gesagt, mit der emotionalen Resonanz und dem Interesse, das braucht es auf Ihrer Seite.
 135 (T: Ja, ja.) Damit hätten wir dann beiden Seiten. Und sollte es dann so sein, dass Sie den Kontakt mit
 136 dem Klienten nicht weiterführen aufgrund dieser Bedingungen, wie gehen Sie dann damit um?
 137
 138 T: Ah, davor noch: Ich mach' die Klienten auch sehr darauf aufmerksam, auf diese sog. subjektive
 139 Indikation, also dass Klient und Therapeut miteinander können sollen – und das ist eine g'scheite
 140 Grundlage – und die sollen sich auch überlegen, ob sie sich bei mir vorstellen können, halbwegs gut
 141 aufgehoben zu sein mit ihrem jeweiligen Anliegen. Und das ist dann verschieden, also da mach' ich
 142 manchmal auch aus, dass wir einmal drei Stunden machen und dann diese Frage noch einmal anschauen.
 143 Sonst bei denen, wo es nicht zu einer Psychotherapie gekommen ist – Psychotherapie bei mir – war es ja
 144 in den meisten Fällen, das es da überhaupt um etwas anderes gegangen ist, also da war nicht nötig: Ich
 145 schick' die weg oder ich sag': „Hören Sie, mit mir können Sie das nicht machen“, sondern da war eh klar,
 146 dass die irgendwie noch gar nicht überlegt haben, ob Sie Psychotherapie machen wollen, also es war
 147 nicht ein Psychotherapievertrag – ja oder nein – in Frage.
 148
 149 I: Mhm, also wenn ein Klient oder eine Klientin von sich aus wirklich das Interesse hatte, dann hat's das
 150 eigentlich noch nie gegeben, dass es trotzdem nicht funktioniert hat?
 151
 152 T: Naja, da müsst' ich jetzt scharf nachdenken. Also dass jemand dezidiert Psychotherapie hätte haben
 153 wollen und ich hätt's nicht machen können, kann ich glaub' ich ausschließen. Das waren – wie gesagt –
 154 solche im Graubereich, die nicht für Psychotherapie klar waren.
 155
 156 I: Mhm, also das Interesse hat sich dann bei Ihnen meistens, auch wenn's von Anfang an nicht vorhanden
 157 war, dann immer doch eingestellt, so, dass Sie dann gut damit arbeiten konnten – weil Sie das am Anfang
 158 erwähnt haben.
 159
 160 T: Die Eigenart der Person – wenn man das G'schäft schon hat der Psychotherapie, also Psychotherapeut
 161 sein mag – ist ja, dass Lebensgeschichten – also jetzt nicht im Sinn von historisch: was hat wer erlebt,
 162 sondern wie ist jemand so geworden, wie er geworden ist – immer eine spannende Angelegenheit ist.
 163 Und wenn einem das nicht interessieren tät', könnte man eh nicht Psychotherapie machen.
 164
 165 I: Okay, also das schließt Ihrer Meinung nach eine Selektion oder Klientenauswahl eigentlich aus – kann
 166 man das so sagen?
 167
 168 T: Nicht in ganz allgemeinem Sinn, dass eben das ein klarer Fall ist: der möchte Psychotherapie machen.
 169 Nämlich nicht, ob der das jetzt so wörtlich im Kopf hat oder nicht, sondern der möchte sich selbst
 170 reflektieren – wie auch immer die Vorstellungen da sind, da gibt's ja krause Vorstellungen oft auch –
 171 aber dass sowas, so ein Motiv gegeben ist, das wäre ein Indikationskriterium.
 172
 173 I: Gut. Den ersten Eindruck haben Sie selber kurz angesprochen, vielleicht dazu noch ein bisschen, wie
 174 wichtig der ist? Spielt der eine große Rolle? Kann es sein, dass der revidiert wird?
 175
 176 T: Nein, also da möcht' ich auch unterscheiden: Der erste Eindruck bezüglich dieser Motivation für
 177 Psychotherapie, der ist entweder da oder nicht da – das stellt sich gleich heraus und das wird nicht
 178 revidiert. Meine Vorstellung von der Person – also der könnt' mehr depressiv sein oder mehr hysterisch

179 oder was auch immer – das kann sehr wohl sich noch ändern, durchaus auch sehr [*Betonung*] ändern – in
180 Ausnahmefällen, irgendeine Grundstruktur bleibt schon meistens – aber da gibt's Veränderung, das ist
181 schon drinnen. Nicht bezüglich, oder sagen wir nur graduell bezüglich dieser Therapiemotivation, also
182 dass ich, jemand wirkt im Erstgespräch ganz motiviert und nach drei Stunden komm' ich drauf: Der will
183 überhaupt nicht oder so. Also so Null zu Hundert das gibt es nicht, aber graduelle Unterschiede natürlich,
184 dass ich mir gedacht hab', dass ich mich da ein bisserl getäuscht hab' am Anfang, das mag schon drinnen
185 sein. Aber da hat ja der Prozess schon begonnen und dann merkt man ja eh, also die Person, wenn sie
186 wirklich nicht zu einer Motivation käme, würde eh aufhören. (I: Von sich aus?) Ja.

187
188 I: Okay, und versteh' ich das richtig, dass für Sie das wirkliche persönliche Erstgespräch eigentlich
189 unausweichlich ist – also sprich, wenn jemand bei Ihnen anruft, gäbe es das, dass Sie da am Telefon
190 schon irgendwie bestimmte Dinge wissen wollen, wodurch es dann zu einem Ausschluss kommt?
191 Obwohl, das scheidet wohl eher aus aufgrund Ihrer Erklärungen.

192
193 T: Nein, nein, das tät' mir am Telefon zu schnell gehen bzw. da seh' ich mich nicht raus, da dräng' ich
194 sehr auf ein erstes persönliches Treffen, damit man ein bisserl Zeit und Ruhe hat, sich das anzuschauen.

195
196 I: Okay, gut. Aus dem englischsprachigen Raum kommt der Begriff „Intakter“ – ich bin bei der
197 Ausarbeitung meiner Diplomarbeit auf diesen Begriff gestoßen – das sind speziell ausgebildete
198 Beratungstherapeuten, die Erstgespräche mit potenziellen Klienten führen, dann aber meistens die
199 Therapie nicht selber übernehmen sondern weitervermitteln. Was halten Sie davon?

200
201 T: Naja, am Zögern merken Sie schon, dass ich nicht gleich begeistert bin. Im Rahmen einer Institution
202 ist das oft eine unumgängliche G'schicht' und auch insofern sinnvoll, dass die Leute halbwegs passend
203 oder besser passend zugeordnet werden. Also dass jemand, der – da gibt's in der deutschsprachigen
204 Forschung so ein bisserl eine Unterscheidung, dass nach erfolgter Psychotherapie sich Klienten
205 verschiedener Richtungen unterscheiden: dass z.B. Leut', die Verhaltenstherapie gemacht haben, großen
206 Wert drauf legen, wie's mit ihren Symptomen weitergegangen ist, also ob die beseitigt oder verringert
207 werden konnten im Unterschied zu Gesprächspsychotherapie-Klienten, die – jeder legt Wert drauf, wenn
208 er ein ordentliches Symptom hat, dass sich da was tut – aber die nicht den Schwerpunkt drauf haben, und
209 für die die Therapie oder das Therapieziel dann im Nachhinein gesehen viel mehr auf dem Gebiet ist, sich
210 mit sich selber besser zurechtzufinden, also das eigene Leben so gesamthaft besser einzurichten,
211 einrichten zu können als vorher, und da kann's auch sein, dass das Symptom noch nicht beseitigt ist, aber
212 dass es geringer ist, das gehört schon dazu; aber der Aspekt, was einem wichtig ist, ist ein anderer und
213 deto bei Analyse-Klienten, die sozusagen, denen das was gibt, Einsicht gewonnen zu haben in ihr inneres
214 Funktionieren – sprich, was das Unbewusste alles, wie uns das beherrscht und leitet und dirigiert – und
215 denen auch wieder die Symptome nicht an erster Stelle wichtig sind, aber die Einsicht hat ein bisserl
216 einen anderen Touch wie das eigene Leben gestalten, die eigenen Beziehungen gestalten, was so Klienten
217 von uns – oder sagen wir überhaupt: von den humanistischen Richtungen – die haben sich in der
218 Therapie mehr damit befasst und denen ist das wichtiger. Und da gibt's schon, könnte man so Typen von
219 Menschen unterscheiden, wenn man das am Anfang schon wissen würde, wer bei einer anderen Richtung
220 vielleicht besser – also gleich seinem Naturell entsprechend – was findet, und dafür wär' eine solche
221 Organisation gut. Wenn Leut' drauf ang'schaut werden: Was ist ihr (I: Mhm, das dass abgesteckt wird?)
222 Ja, ja, und die dementsprechend dann zugewiesen würden. Wobei ich aber ein bisserl skeptisch bin, ob
223 man, na ja, das kann man mit meinetwegen drei Gesprächen oder so (I: Aber nicht nach einem, eines
224 wär' zuwenig?) Schon auch, aber braucht man ja ein bisserl Zeit um die Person, also welche, weil das ist
225 ja nicht gleich auf den ersten Blick so, aber wie die sich tun und auch, wie man die Gespräche mit denen
226 führt, da lässt sich schon einiges zeigen. Dafür würde es passen.

227
228 I: Mhm, und dass dann auch sozusagen die Therapie wahrscheinlich – weil sicher kann man sich nie sein
229 – passend ist für das, was der Klient möchte.

230
231 T: Ja, ja. Sonst wär' mein Zögern gewesen, dass – also so geht's mir jedenfalls mit Klienten, die ich dann
232 nicht nehmen kann aus Zeitgründen – dass das immer was Problematisches ist: Der hat jetzt einen ersten
233 Eindruck und es besteht ein erster Kontakt zwischen uns, und dann wird's doch nix und er muss zu wem
234 anderen gehen – das wäre da der Nachteil. (I: Das heißt, Sie sind da nicht jemand, der gleich am Telefon
235 sagt: „Tut mir leid, ich hab' im Moment keinen Platz“, sondern es kommt zu einem Erstgespräch?) Nein,
236 nein, wenn ich keinen Platz hab', hab' ich keinen Platz (I: Schon, aha.), dann gibt's auch kein
237 Erstgespräch.

238
239 I: Und was mich noch interessieren würde – weil Sie das angesprochen haben mit der Institution, dass im
240 Vorfeld geachtet wird, welche Therapierichtung wahrscheinlich die passendere ist – kann es Ihrer

XXX

241 Meinung nach in der freien Praxis auch passieren, dass eben jemand z.B. zu einem
 242 Gesprächspsychotherapeuten kommt und dieser dann den Eindruck hat: Ich glaub', der Klient ist bei
 243 einem anderen Verfahren besser aufgehoben?
 244

245 **T:** Na, da widersprech' ich mir jetzt ein bisserl – aber nur scheinbar – mit dem, was ich gesagt hab'. Da
 246 geht's nicht darum, dass Klienten einem Verfahren, für ein Verfahren besser geeignet sind, sondern das
 247 ist eine Dreiecks-G'schicht': ein Verfahren, wie es diese Therapeutenpersönlichkeit verkörpert, das
 248 gehört da unbedingt mit dazu. Also auch bei der vorhin zitierten Institution, die nach dem Modell
 249 verfahren würde, geht's darum, dass der nicht einfach: „Ah, das ist einer für Verhaltenstherapie“ – im
 250 Extremfall könnt' ich's mir schon vorstellen auch – aber für die Verhaltenstherapeuten die wir haben mit
 251 der Persönlichkeit, z.B. das ist einer, der sehr genau auf: wie tut man da und wie ist wer, schaut und der
 252 begeistert ist davon und dann passt er dorthin. Also nicht die Methode allein, sondern die durch die
 253 vorhandenen Therapeutenpersönlichkeiten verkörperte Methode – also das gehört da dazu. (**I:** Also auf
 254 alle Fälle gekoppelt?) Ja, ja. (**I:** Verfahren unbedingt mit der Persönlichkeit.) Ja, und da kann's auch sein,
 255 dass man – also wenn die grad zufällig einen klientenzentrierten Therapeuten hätten, der sehr zack, zack,
 256 äußerlich gut beobachten kann – dass man dem so jemanden schickt, den man eigentlich zu
 257 Verhaltenstherapie schicken würde – ein extremes Beispiel. Also die, es geht darum, welche Methode
 258 sozusagen, also welche Art Psychotherapie dieser Therapeut/diese Therapeutin betreibt. Weniger,
 259 welchen Schein er hat – für welche Methode – sondern die Art, wie er arbeitet.
 260

261 **I:** Wäre dass das Vorgehen, das therapeutische Vorgehen, das Handeln? (**T:** Schon, ja, ja.) Und das ist in
 262 einer Institution leichter, weil sich die Kollegen kennen, persönlich? (**T:** Ja, das sollte die Voraussetzung
 263 sein.) Und wäre das in einer freien Praxis nicht?
 264

265 **T:** Naja, die Methode, die ein Therapeut gelernt hat, ist schon spezifisch, also der hat das gelernt und sich
 266 auf das eingelassen. Also dieses Beispiel vom verhaltensorientierten Gesprächstherapeuten gibt's eh nicht
 267 in der Praxis, aber ich wollt' nur die Verbindung von Methode und Persönlichkeit.
 268

269 **I:** Okay. Das ist jetzt eine Frage, die später gekommen wäre, aber sie passt jetzt gut dazu: Hat es das für
 270 Sie schon mal gegeben, dass Sie sich gedacht haben, ein bestimmter Kollege könnte mit dieser
 271 Symptomatik oder Problemlage besser umgehen als Sie?
 272

273 **T:** Das hab' ich mir durchaus gedacht, ja. Aber im Rahmen: Na, aber mich interessiert es auch! Also ich
 274 beiß' mir zwar vielleicht die Zähne aus oder ich strudl' herum, aber es muss ein grundlegendes Interesse
 275 von mir da sein.
 276

277 **I:** Aber hat's das schon mal gegeben, dass Sie da jemanden weitervermittelt haben oder sind Sie da selber
 278 drangeblieben?
 279

280 **T:** Na nicht in dem Sinn, die schon einmal bei mir in Therapie waren. Also ich schick' ja laufend
 281 Klienten weiter, weil ich keinen Platz hab'. (**I:** Das ist eigentlich das einzige Kriterium?) Ja, ja. Und auch
 282 solche, die unbedingt ein Gespräch mit mir haben wollen, wo schon klar ist, die kann ich nicht nehmen,
 283 oder ich kann bis dann und dann niemand nehmen und die drauf bestehen, sie wollen unbedingt mit mir
 284 reden, weil ich halt empfohlen worden bin von jemand ihnen Nahestehenden, und da ist die Überlegung
 285 dann schon: Wer könnt' da passen, welche Personen? (**I:** Mhm, einfach auch aufgrund der Tatsache, dass
 286 Sie den dann schon persönlich kennen gelernt haben und dann für sich überlegen?) Ja, ja. Und auch nicht
 287 nur jetzt persönlich – vom Stil der Persönlichkeit her – sondern von, es geht ja oft um: Ist das ein Student
 288 oder ist das ein schon älterer Mensch – den würd' ich nicht zu einem jungen Anfänger bei uns schicken.
 289

290 **I:** Also das Alter spielt eine Rolle? (**T:** Ja, ja.) Und wie erfolgt diese Weitervermittlung?
 291

292 **T:** Ich geb' denen die Telefonnummern und Adressen von den, immer von zwei, drei, weil ich ja nicht
 293 immer am laufenden Stand bin, ob die grad einen Platz haben. (**I:** Also es gibt da noch eine Reserve?) Ja.
 294

295 **I:** Mhm, okay. Jetzt ein bisschen zum Therapieprozess: Aufgrund welcher Merkmale ist für Sie
 296 erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist – ob für ihn die Therapie passend ist?
 297

298 **T:** Meinen Sie jetzt die Indikationsfrage oder meinen Sie, ob der g'scheit tut oder nicht tut, also ob in der
 299 Therapie was weitergeht oder nicht?
 300

301 **I:** Also Indikationsfrage interessiert mich und beziehungs-technisch, ob?
 302

303 T: Also ob was weitergeht oder nicht praktisch. Naja, ein Hauptkriterium wär', zu spüren – mehr
304 atmosphärisch, aber auch in harten Fakten sag' ich gleich – dass jemand nicht gern und kontinuierlich
305 kommt. Also wenn's z.B. viele Absagen von Stunden gibt oder sogar ohne Absage ein Nicht-Erscheinen
306 – das wären die äußerlichen Fakten. Die inneren, die atmosphärischen Fakten: wenn jemand so quasi
307 immer schweigsamer oder verhaltener oder irgendwie – man spürt, da ist was, dass jemand nicht gut,
308 halbwegs offen, da sein kann – da wär' dann nachzufragen, was los ist.

309

310 I: Und weil Sie selber mich gefragt haben, ob ich 'indiziert' meine, was wären da von Ihrer Seite aus
311 nicht-indizierte Punkte?

312

313 T: Da geht's meistens eben um diese – nein, da gibt's doch schon einiges. Also z.B. narzisstische
314 Persönlichkeiten – muss nicht gleich den Wert einer Persönlichkeitsstörung haben, sondern die so
315 angehaucht sind – die nicht und nicht ihre eigene Voraussetzung, also die haben meistens, beschweren
316 sich meistens über ihre gesamte Umwelt oder über wesentliche Teile über die, die Partnerschaft ist eh
317 schon flöten gegangen, die Frau ist dem davon gegangen und ganz gemein, und der kommt nicht, also es
318 ist keine Öffnung, wie die Person selber da dran ja beteiligt war und ist, und das rechne ich aber nicht der
319 Person an, dass die nicht indiziert ist, sondern das rechne ich mir an, dass ich es noch nicht geschafft hab'
320 (I: Es rauszukitzeln?), irgendwie so, ja, die Person auch so zu verstehen und von der Seite her
321 anzusprechen, dass die die eigenen Ängste oder eigenen Havarien, die's da gegeben hat im Leben, aber in
322 dem Kontext spürt und aufbricht – also das ist nicht eine Indikationsfrage, sondern die der
323 therapeutischen Fertigkeit.

324

325 I: Also von Klientenseite aus gibt's nix, was für das Verfahren, dass Sie anbieten, nicht indiziert ist?

326

327 T: Naja, das müsst' schon sehr massiv sein, dass der also kein – um bei dem Beispiel zu bleiben, da war
328 ich schon öfter am Rande der Verzweiflung sozusagen – aber umgekehrt gilt, dass die ja das Bemühen
329 des Therapeuten irgendwie spüren, dass das schon eine Wirkung hat – nicht immer die gewünschte – aber
330 dass die doch in der Beziehung bleiben wollen und nicht, wenn so ein Phase war, wo der laufend absagt
331 oder nicht erscheint, also dass man da drüber kommt, das würde ein Kriterium sein. Wenn laufend die
332 Tendenz da ist, sich zu entziehen oder nicht gut da sein zu können, da kommt's durchaus auch zu
333 Therapieabbrüchen. Aber das ist ein Abbruch, und den hab' ich nicht fortgeschickt. (I: Sondern der
334 Klient von sich aus möchte es abbrechen.) Ja, ja. (I: Also Sie, würden Sie nie eine Therapie von Ihrer
335 Seite aus?) Na ob ich es nie. (I: Oder – wäre für mich eben interessant, ob's da was gibt, wo Sie sagen?)
336 Eben aus dem geschilderten Kontext heraus, dass ich das nicht dem Klienten anrechne, sondern mir
337 anrechne, wenn wir nicht recht weiterkommen.

338

339 I: Und wenn dem so ist, wär' das dann für Sie ein Grund, dass Sie sagen: „Ich glaub', das wird nix mehr
340 mit uns“?

341

342 T: Nein, dann möcht' ich mich bemühen, es doch zu schaffen.

343

344 I: Also ein Abbruch von Ihrer Seite eigentlich nicht?

345

346 T: Ich denk' angestrengt nach, also ich glaube nicht, sagen zu können, dass ich von mir aus für den
347 Abbruch irgendwie aktiv gesorgt hätte. Abbrüche, die hab' ich durchaus zu verzeichnen, aber ich glaub',
348 da war ich immer noch, das wir uns da. (I: Aber nicht so, dass das Gefühl bei Ihnen entstanden wäre, dass
349 Sie?) Na, warum ich da lang überleg': Also praktisch sind das immer Fälle, wo man schon nahe dran ist,
350 sich zu denken: Na hoffentlich kommt der nicht mehr, oder sie. Aber es ist nicht in einem Ausmaß, dass
351 ich mich entschieden habe: „Nein, ich möchte nicht, es mir zu mühsam“. Also es ist immer noch ein
352 Interesse und ein Bemühen meinerseits da. [... Aufnahme sehr undeutlich ...] wenn das so weitergeht, is'
353 gscheiter, dass wir aufhören, aber wirklich so weit war's noch nie.

354

355 I: Also vielleicht durchaus negative Gefühle wie: „Ich hoffe, der kommt heut' nicht“, aber nie so weit,
356 dass.

357

358 T: Natürlich, wenn das: „Ich hoffe, der kommt heut' nicht“, wenn das kontinuierlich bliebe über einen
359 Zeitraum hinweg, dann wär's a G'schicht (I: Wäre es notwendig, das anzusprechen?), eine Beendigung
360 von mir aus in die Wege zu leiten – aber das hab' ich eigentlich nicht gehabt.

361

362 I: Okay, aber rein theoretisch – gehen wir mal davon aus, es wäre so – wie würden Sie dann verfahren
363 mit dem Klienten?

364

365 T: Naja, das müsst' ich auf den Tisch legen, dass mir das sehr mühsam ist und ich auch wenig Sinn drin
366 seh'. Ich hab' mich bemüht und ob ich dann noch irgendwas anderes an Bemühen auftreib' in mir
367 sozusagen, ist nicht wahrscheinlich.

368
369 I: Und die Weitervermittlung würde so erfolgen wie bei denen, wenn Sie keinen Platz haben?
370 (T: Unbedingt, unbedingt.) Aber hat's noch nie gegeben sowas in der Praxis? (T: Ja.) Okay, interessant.
371 Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebotes – also
372 sprich von Therapeutenseite aus – mir geht's da auch vor allem um die Kernvariablen, die Rogers
373 anspricht. Wie wichtig ist das Ihrer Meinung?

374
375 T: Naja, das würde gelten für das, was ich grad gesagt habe. Mein Bemühen letztlich den Klienten zu
376 verstehen. Wenn ich, der ist komisch, aber wenn ich's verstehen kann, tut mir das Komisch nix mehr
377 sozusagen. Also die, diese Grundvariablen sind das A & O, aber in dem Sinn, dass wir immer dahin
378 unterwegs sind. Also die normale Therapiearbeit, die alltägliche, besteht darin, den Klienten noch nicht
379 umfassend, dass ich mich nur wohl fühle, dass meine Resonanz nur positiv ist, wenn das der Fall ist, ist
380 die Therapie erfolgreich beendet. Also die Therapie ist immer das Unterwegs-Sein zum Verstehen und
381 zum ‚Gerade-aus-gut-haben-können‘, also sprich wertschätzen können, und dass das kongruent ist,
382 versteht sich eh von selber. Also dass ich den wirklich wertschätzen kann und nicht nur so tu' – es mir
383 vormache und es ist nicht in Wirklichkeit der Fall. Aber das wäre, also daher die Wichtigkeit der eigenen
384 emotionalen Resonanz und die Wichtigkeit, die auch möglichst genau und umfassend wahrzunehmen und
385 ernst zu nehmen, aber nicht im Sinn von: dass ich ständig draufkomm', dass ich's immer noch nicht
386 erfüll', also ein schlechter klientenzentrierter Therapeut bin, sondern weil das sozusagen der Beginn der
387 Diagnose ist. Also meine Resonanz lässt drauf schließen, da ist noch irgendwas beim Klienten, und was
388 es ist, wollen wir beide – Klient und Therapeut – draufkommen, aber die negative Resonanz sozusagen,
389 also das Noch-nicht-ganz-wertschätzen oder Noch-nicht-vollkommen-verstehen-können ist sozusagen
390 immer der Hinweis: da ist Therapie. Also da ist beim Klienten – wenn man in unserem Jargon
391 Inkongruenz verwenden will – da ist was zu bearbeiten und ich möcht' wissen, was für einen Sinn hat
392 das, wie ist es dazu gekommen, wie ist er so geworden.

393
394 I: Mhm, okay. Und ist es Ihnen schon mal passiert, dass Sie die drei wichtigen Variablen nicht
395 verwirklichen konnten?

396
397 T: Ja in dem Sinn laufend. In dem Sinn, wenn man's voll verwirklichen kann, hat man die Therapie
398 erfolgreich bewältigt. Es ist immer ein Unterwegs-Sein dorthin. Ein Grundaussatz (I: Ja, genau das mein
399 ich. Also dass Sie z.B. das Gefühl hatten: Ich kann überhaupt nicht wertschätzend demjenigen begegnen
400 oder überhaupt nicht einfühlen. Hat es sowas?) Ja, das wär', was wir am Anfang gesagt haben: Also
401 dieser äußerliche Typ, der mit dem äußeren Erfolg – das spielt schon bei der Indikation eine Rolle, aber
402 dass, meine Resonanz ist dann: Ja, das ist mir vielleicht lästig oder mühsam – die Depressiven oder die
403 Hysterischen sind zwar interessant, aber nicht auf Dauer, wenn sie dann herumspringen und in ihrer
404 Oberflächlichkeit – aber es interessiert mich immer noch: Was zum Teufel hat den so werden lassen, dass
405 er so sein muss. Diese Wertschätzung, wenn Sie so wollen, dieses anfängliche Verstehen, mehr ein
406 Verstehen-wollen, muss gegeben sein. (I: Eigentlich durchgehend.) Ja.

407
408 I: Also falls das nicht wäre – aber da haben Sie ja vorhin gesagt, dass ist Ihnen eigentlich noch nicht
409 passiert, wo wir dann theoretisch drüber gesprochen haben, aber wo Sie gesagt haben, praktisch (T: Ja.)
410 ist es Ihnen eigentlich noch nie passiert, dass das Interesse so abebbt. (T: Genau.) Und hat es das schon
411 mal gegeben – weil Sie gesagt haben, dass ist Ihnen wichtig, dass jemand nicht nur die Äußerlichkeiten
412 beachtet – dass Sie so jemanden hatten, wo dieser Draht zwischen ihnen einfach nicht entstanden ist,
413 auch nach ein paar Stunden?

414
415 T: Es muss von Anfang an ein mindestens schwacher Draht da sein, sonst wird's nix. Und der schwache
416 Draht – also das kann schon in Krisen kommen – aber auf längere Frist muss ein Draht da bleiben oder
417 stärker werden. (I: Und es war noch nie so, dass er gerissen ist?) Von mir aus? (I: Ja.) Ja. (I: Von
418 Klientenseite dann, wenn es zu Abbrüchen kommt?) Ja. Ich sag' noch einmal – dass Sie nicht verwirrt
419 werden oder vielleicht, dass Sie unterstreichen – das ist eine witzige Formulierung von Kollegen, die in
420 unseren Lehrbüchern da vorkommt: Wenn der Therapeut oder die Therapeutin durchgängig kongruent,
421 unbedingt bedingungslos wertschätzend und empathisch verstehend sein kann, ist die Therapie
422 erfolgreich beendet. Das heißt, da ist eine Person da, wo ich voll mitschwingen kann, wo ich kein Futzerl
423 an „negativer“ Resonanz habe, und das ist dann der Fall, wenn die andere Person wirklich – jetzt gänzlich
424 kongruent ist auch ein Blödsinn – aber in dem Bereich, in dem in der Therapie gearbeitet wird, kongruent
425 ist oder empfunden wird. Solang irgendwas an Inkongruenz sich auswirkt, ist die Resonanz nicht
426 vollkommen: „Ich kann den gut haben“, sondern irgendwas passt mir immer noch nicht oder es ist

427 irgendwas langweiliges oder mühsames oder auch unverständliches oder schwer auszuhaltendes – das ist
 428 der Normalfall, das ist die Therapie, und da gilt ein Mindestmaß natürlich muss ich haben, damit ich mit
 429 dem arbeiten können mag, und das Vollaussmaß ist am Ende zu erreichen.
 430

431 I: Mhm, verstehe. Aber dieses Mindestausmaß war bis jetzt von Ihrer Seite aus immer vorhanden?
 432 (T: Ja.) Und hat's das schon mal gegeben, dass Sie das Gefühl hatten: Der Klient kann mit meinem
 433 Beziehungsangebot nicht so gut?
 434

435 T: Bei diesen, wo wir gar nicht eingestiegen sind in eine Psychotherapie, also die irgendwas besprochen
 436 haben und dann eh, was man da tun könnt', sich selbst reflektieren. (I: Also meinen Sie jetzt die, die dann
 437 eigentlich gar nicht wirklich Psychotherapie wollten?) Wo nicht Psychotherapie, ja, wo nicht dieses
 438 Motiv da war. (I: Aber nicht im Prozess, dass es schon Stunden gemeinsam gab und dann?) Nein, also
 439 Stunden gibt's immer, wo vielleicht gar kein Motiv spürbar ist, aber nicht – das sind momentane
 440 Krisensituationen, das ist nicht die grundsätzliche Beziehung.
 441

442 I: Okay. Wenn ich Ihnen sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“ – was bedeutet das für Sie?
 443 Was schließt dieser Aspekt mit ein?
 444

445 T: Naja, was ich jetzt gesagt habe. Also diese Passung, die am Anfang eine sozusagen grobe – oder wie
 446 soll ich sagen – wo die Kriterien noch sehr weit sind, also dass ich mich auf den überhaupt einlassen
 447 mag, können mag – das ist die Voraussetzung. Ja, Punkt. Plus – nicht Punkt – plus: dasselbe für den
 448 Klienten, der muss, oder sagen wir – ich frag ja die Leut' oft direkt auch, aber direkt werden sie, wenn sie
 449 gar nicht bei mir sein wollten, das auch nicht gleich so ausdrücken wollen auf der Stelle, also bleiben
 450 dann weg oder kommen gar nicht – aber man muss den Eindruck haben, der mag herkommen, und der
 451 hat oder könnte Vertrauen in unsere Beziehung haben – der Klient. Fragen tu' ich ihn eh direkt, nur was
 452 er wörtlich sagt, wird nicht alles sein, es muss auch noch mein Eindruck dazu kommen, dass der bei mir
 453 sein mag.
 454

455 I: Okay, gut. Und haben Sie das schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten: Mit diesem Klienten
 456 fühle ich mich nicht sehr wohl?
 457

458 T: In diesem Rahmen, in dem besprochenen Rahmen, dass ich, es gibt durchaus, z.B. narzisstische
 459 Personen, die sind sonst wieder interessant, aber mit denen fühl' ich mich nicht grad sehr wohl. Wenn's
 460 aber gelingt, also wenn es dem gelingt, zu seinen Ängsten, beispielsweise die sich gewahr werden zu
 461 lassen oder sich derer gewahr zu werden, ist das ein super, also ein berührender Prozess, da fühl' ich
 462 mich wohl mit dem, obwohl mir immer noch viel nicht passt, also wie wenig der erst draufkommt oder
 463 so. Aber – jetzt weiß ich wieder nicht – was war die Frage, was war der Ausgangspunkt? (I: Ob Sie
 464 einmal das Gefühl hatten: Mit diesem Klienten fühle ich mich nicht wohl, also auch dahingehend, dass
 465 das so stark wurde, dass Sie das Gefühl hatten: Ich kann mit dieser Person nicht mehr weiterarbeiten.)
 466 Nein. (I: Aber das deckt sich ja ein bisserl mit den Fragen vorher.) Ja, ja. Durchaus aber für einzelne
 467 Stunden und für einzelne Situationen. (I: Ja, verstehe. Aber nicht so, dass es von Ihrer Seite aus zu einem
 468 Abbruch gekommen wäre?) Ja, ja. (I: Und könnten Sie sich vorstellen, dass es einmal zu so einer
 469 Situation kommt?) Naja, theoretisch ja, aber praktisch denk' ich mir, wenn einer nur einigermaßen sich
 470 reflektieren möchte, mag ich schon mitgehen.
 471

472 I: Okay, gut. Wir haben alles abgedeckt. (T: Okay, gut.) Super, herzlichen Dank. (T: Ja.)

Transkript Personenzentrierte Psychotherapeutin E

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: Erstmals danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben für dieses Gespräch. (T: Gern.) Zuerst kurz
2 einige Fragen zu Ihrer Person, die ich dann natürlich – wie gesagt – anonym darstellen werde. Wie lange
3 sind Sie schon als Psychotherapeutin tätig bzw. wie lang schon in der Therapeutenliste?
4

5 T: Erste schwierige Frage. (I: Ungefähr.) Seit 1989 bin ich als Psychotherapeutin tätig, und eingetragen
6 wurde ich nach Etablierung des Psychotherapiegesetzes, also wie die Liste entstanden ist – 1991 oder
7 `92.
8

9 I: Mhm, gut. Und wenden Sie neben dem Personen- oder Klientenzentrierten Ansatz – ich verwende die
10 beiden Begriffe synonym – auch andere Verfahren an?
11

12 T: Also meine Weiterbildungsschwerpunkte sind einerseits in der XXX, dann XXX hab' ich ein bisschen
13 was gemacht, XXX auch, ja.
14

15 I: Okay. Und in welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeutin?
16

17 T: In der freien Praxis. (I: In diesem Fall in einer Gemeinschaftspraxis?) Ja, in einer
18 Gemeinschaftspraxis, ja. (I: Mit wie vielen anderen Kollegen bzw. Kolleginnen?) Wir sind im Moment
19 drei Psychotherapeutinnen und eine Klinische Psychologin arbeitet auch noch bei uns. (I: Und die
20 anderen drei bieten?) Ebenfalls Psychotherapie, also wir sind Psychotherapeutinnen, und die Klinische
21 Psychologin arbeitet mit mir im Zusammenhang mit der psychologischen Diagnostik. Alle anderen sind
22 nur in der Psychotherapie tätig. (I: Und die wenden das gleiche Verfahren an wie Sie?) Sind
23 Personenzentrierte Psychotherapeutinnen, mhm.
24

25 I: Wie viel Klientenkontakt haben Sie ca. pro Woche, ungefähr?
26

27 T: Ja ca. 25 Stunden.
28

29 I: Okay. Ja, das waren mal so organisatorische Eingangsfragen. Nun ein bisschen zum Erstkontakt: Wenn
30 ein Klient zu Ihnen zum Erstgespräch kommt, was ist Ihnen da wichtig, also worauf achten Sie besonders
31 oder was wollen Sie über den Klienten erfahren, ja, was ist Ihnen da wichtig, was beachten Sie bei
32 diesem Erstgespräch, Erstkontakt?
33

34 T: Naja das Erstgespräch ist in der Regel ein diagnostisches Abklärungsgespräch, wobei ich so vorgehe,
35 dass ich die Klienten bitte, mir zu erzählen, was sie hergeführt hat. In der Regel wird dann zunächst
36 einmal die Symptomatik geschildert, und ich versuch' dann im Erstkontakt schon herauszufinden, ob es
37 über die Symptomatik dann eine Verbindung zu bestimmten Live-Events oder Lebensgeschichte gibt und
38 ob die Klienten von sich aus auch diese Verbindung herstellen. Wir schauen dann natürlich auch auf
39 solche Sachen wie Reflexionsfähigkeit, Introspektionsfähigkeit, wie gehen die Klientinnen mit ihren
40 eigenen Gefühlen um, haben sie Zugang zu ihren Gefühlen, also so Affektlage. Dann ist also die Frage,
41 was brauchen die Patientinnen, was wünschen sie sich, mit welcher Motivation oder mit welchen
42 Hoffnungen, Erwartungen kommen sie jetzt in die Psychotherapie – weil es ist ja oft so, dass Klientinnen
43 tatsächlich mit einem Symptom kommen und sich jetzt wünschen, dass es innerhalb kürzester Zeit
44 verschwindet – und sehr viel mehr ist es nicht. Andere kommen wieder mit dem klaren Wunsch – also
45 erstens einmal schon mit einer guten Vorstellung über das, was Psychotherapie ist – und mit dem
46 Wunsch, sich mit der eigenen psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen und das mit der eigenen
47 Lebensgeschichte in Verbindung zu bringen, und sich in dem Sinn besser zu verstehen oder, also
48 Erkenntnisse zu gewinnen, die ihnen eben helfen können. Ja, dann gibt's natürlich so diese Settingfragen
49 und alles, was wir so im Rahmen unserer Informations- und Aufklärungspflicht mitteilen, das versuch'
50 ich auch in der ersten Stunde schon einmal klar zu machen, und gegen Ende der Stunde dann abzuklären,
51 ob wir miteinander arbeiten wollen, also auch, ob diese Passung zwischen Therapeutin und Klientin
52 passt, also einerseits von mir aus und auf der anderen Seite natürlich auch von der Klienten zu mir.
53

54 I: Können Sie da noch ein bisserl sagen, was da eine Rolle spielt für Sie, was da ausschlaggebend ist ob

55 ja oder nein, ob die Psychotherapie zwischen ihnen beiden zustande kommt oder nicht?
56
57 **T:** Also einerseits natürlich schon so, ob ein Stück Beziehungsaufbau im ersten Gespräch möglich war –
58 also wenn man es jetzt runter bricht auf ganz banal, so ob man sich ein Stück wohl fühlen kann, ob man
59 eine Verständigungsebene gefunden hat – das ist das Eine und das gilt wechselseitig. Und ich sag´ das
60 den Klientinnen auch immer in der ersten Stunde, dass sie darauf achten sollen, also ob sie sich vorstellen
61 können, dass wir miteinander zusammenarbeiten, weil Psychotherapie eben auf einer
62 Vertrauensbeziehung basiert, und man so das Gefühl und einen ersten Eindruck haben sollte, dass es auch
63 möglich ist, sich dieser Person – also in dem Fall mir als Psychotherapeutin –anzuvertrauen.
64
65 **I:** Und das sprechen Sie direkt am Beginn dieses Erstgesprächs an, dass sie jetzt in dieser Stunde?
66
67 **T:** Das sprech´ ich meistens so im letzten Drittel der Stunde an, also wenn so mal über Symptomatik und
68 den Hintergrund berichtet wurde und es dann so im Zusammenhang mit Setting und was Psychotherapie
69 überhaupt ist und was man sich darunter vorstellen soll – das ist auch noch ein wichtiger Punkt: Ich
70 versuch´ auch kurz darzustellen, was Psychotherapie ist und was hier erwartet wird, und dass es vor allem
71 die Bereitschaft braucht, sich mit sich selbst zu beschäftigen. Ich sag´ auch immer dazu: „Wenn Sie´s
72 wollen, dann müssen Sie so ein Stück Neugierde für sich selbst entwickeln und es ist eine Beschäftigung,
73 die wahrscheinlich intensiver ist, als sie jemals zuvor war“, und darauf muss man auch eingestimmt sein,
74 das muss man in gewisser Weise auch wollen und eben so vielleicht so ein bisschen eine Neugierde auch
75 diesbezüglich schon entwickelt haben. Gut, und dass ist was Langfristiges in der Regel, also dass wir
76 nicht zaubern können und es um Entwicklungs- und Veränderungsprozesse geht, die man nicht in zwei,
77 drei Stunden abhandeln kann in der Regel. Ja, dann geht´s um eine Vereinbarung, also entweder ist diese
78 diagnostische Abklärung und der Einstieg in die Psychotherapie noch nicht abgeschlossen, dann schlag´
79 ich z.B. vor, einmal ein, zwei Stunden noch zu kommen, bis geklärt ist: Soll´s jetzt eine Psychotherapie
80 werden oder nicht – also das ist so diese prä-motivationale Phase, wo´s auch noch darum geht: Ist die
81 Patientin motiviert genug und möchte´ sie´s wirklich, ist es das Richtige für sie, ist es das, was sie sich
82 vorstellt und kann sie´s auch mit mir?
83
84 **I:** Mhm, kann man das als Probesitzungen bezeichnen oder sind das eigentlich weiterführende
85 Erstgesprächssitzungen?
86
87 **T:** Das sind, also aus meiner Sicht sind´s weitere diagnostische Abklärungsgespräche, und aus der Sicht
88 der Patientin sind´s wahrscheinlich – kann man schon sagen – Probegespräche.
89
90 **I:** Mhm. Aber gibt´s das sonst generell bei Ihnen, dass Sie sagen – weiß ich nicht – „Fünf Stunden,
91 schauen wir mal, ob wir miteinander arbeiten können“, oder ergibt sich das eigentlich meistens schon im
92 Erstgespräch?
93
94 **T:** Das gibt´s schon, ich orientier´ mich dabei ganz eng an den Wünschen und Möglichkeiten der
95 Patientinnen. Die Strukturierung so, dass man sagt: „Gut, wir machen jetzt einmal fünf Stunden“ und
96 dann entscheiden, ob´s eine Psychotherapie wird oder nicht, das kommt relativ häufig bei Jugendlichen
97 vor, die kommen und Psychotherapie brauchen und vielleicht sogar im Zwangskontext Psychotherapie
98 machen sollen oder von einer kinderpsychiatrischen Einrichtung kommen, wo empfohlen wurde, dass
99 unbedingt eine Psychotherapie stattfindet, aber der Widerstand relativ groß ist, und da biet´ ich das oft an,
100 sich das mal fünf Stunden anzuschauen, und dann reden wir weiter, ob´s passt oder nicht.
101
102 **I:** Okay, und hat´s das schon mal gegeben – entweder von Klientenseite oder von Ihrer Seite aus – dass
103 sie eben das Gefühl hatten: Es passt nicht, wir werden nicht gut miteinander arbeiten können?
104
105 **T:** Durchaus, ja. (**I:** Können Sie da einige Beispiele nennen?) Also ich hatte jetzt vor kurzem einen
106 jungen Mann, der sehr agierend – also so während der Stunde Affektausbrüche, Wutausbrüche, dann
107 wieder so im Widerstand sich einfach auf die Couch gelegt und nicht gesprochen, mitten in der Stunde
108 die Stunde verlassen – und da hab´ ich ihn dann so in der vierten Stunde sehr klar damit konfrontiert, dass
109 sich halt jetzt die Frage stellt, ob er dieses Setting akzeptieren kann oder nicht. Er hat sich dazu dann
110 nicht wesentlich geäußert, aber für mich war dann klar, das ist jetzt nicht gut möglich in dem Setting,
111 nämlich in der niedergelassenen Praxis oder in so einer Gemeinschaftspraxis Psychotherapie zu machen,
112 und hab´ ihm das dann auch so gesagt und auch den behandelnden Ärzten und den Eltern. Also das ist ein
113 Beispiel, also so der agierende Jugendliche. (**I:** Gibt´s bei Erwachsenen vielleicht auch ein Beispiel?)
114 Oder bei Erwachsenen, die mit, naja, muss ich einmal überlegen, es gibt natürlich viele solcher Beispiele,
115 also z.B. psychiatrische Patientinnen, die aus meiner Sicht zu früh den stationären Aufenthalt abbrechen
116 mussten oder abschließen mussten und dann in die Psychotherapie geschickt werden und einfach noch

117 nicht in der Lage sind, nicht einmal stabilisierende Arbeit ist möglich, weil die Aufnahmefähigkeit noch
118 gar nicht gegeben ist. Da versuch´ ich dann halt auch mit den Ärzten oder Psychiatern Rücksprache zu
119 halten, noch mal zu klären, ob man nicht davor vielleicht noch was anderes machen sollte, also so
120 Tagesstruktur in einer psychosozialen Einrichtung und so, zur Stabilisierung führen, dass nachher dann
121 die Arbeit in der Psychotherapie aufgenommen werden kann.

122

123 I: Das heißt, zu dem Zeitpunkt passiert´s dann noch nicht, weil diese Rahmenbedingungen noch nicht
124 passen, und dann helfen Sie dieser Person, Ersatzmöglichkeiten zu finden?

125

126 T: Weil die ausreichende Stabilität für Psychotherapie nicht gegeben ist. Also das ist so der eine Punkt.
127 Dann liegt´s oft auch an der Symptomatik, also wenn das Fordernd-Bedürftige so stark im Vordergrund
128 steht, dass, diese Erwartung, dass Psychotherapie etwas ist, was man konsumieren kann, ohne einen
129 eigenen Beitrag zu leisten. – Das ist etwas, womit ich persönlich schlecht kann, und weshalb ich mich
130 von mir aus auch oft entscheide, solchen Patienten zu sagen, dass ich glaube, es ist nicht das Richtige, bei
131 mir Psychotherapie zu machen. Ich versuch´ dann, da durchaus auch konfrontierend, aufklärend zu
132 wirken, und das auch zu sagen, warum ich denk´, dass das nicht die geeigneten Voraussetzungen sind
133 und mach´s dann nicht, weil ich´s selber einfach nicht machen will – also so diesen Prozess, der vielleicht
134 unabsehbar lang dauert, mitzutragen.

135

136 I: Mhm, also das wäre eine Form der Auswahl, der Klientenauswahl? (T: Ja, mhm.) Wo Sie für sich
137 sagen: „Da weiß ich, das kann ich nicht mittragen.“ (T: Ja, ja.) Erfolgt dann eine Weitervermittlung, oder
138 wie wird das gehandhabt?

139

140 T: Das besprech´ ich dann, weil das kommt dann drauf an, was bei diesem Konfrontationsgespräch
141 herauskommt. Wenn das Patientinnen sind, die verstehen, dass es diese Problematik gibt, und die sich
142 dann vielleicht mehr wünschen, in einem Beratungssetting konkrete Tipps zur Alltagsbewältigung oder
143 Verhaltensänderung zu kriegen, denen sag´ ich halt, dass das dann vielleicht das Geeigneterere ist.
144 (I: Kriegen die dann Adressen oder so, Kontaktdaten von Ihnen?) Kriegen sie, wenn sie das möchten. So
145 ein Ausschlussgrund ist manchmal auch ein gewisses Gefährlichkeitspotential, also wenn ich so das
146 Gefühl hab´, da ist ein enormes Gewaltpotential da und das lässt sich in der Beziehung so in den ersten
147 vier, fünf Stunden nicht so weit binden, dass ich den Eindruck hab´, es trägt und hält, also so in der
148 Beziehung zwischen Klient und Therapeutin, dann hab´ ich auch schon in zwei oder drei Fällen mal
149 gesagt, dass das im Moment bei mir nicht richtig aufgehoben ist. Ja, und manchmal stellt sich heraus,
150 dass, obwohl man im Erstgespräch einen sehr guten Eindruck gehabt hat und auch g´meint hat: „Wir
151 können miteinander“, ist es dann nach vier oder fünf Stunden vielleicht doch so, dass nicht ausreichend
152 Sympathie oder Verbindung entstanden ist, sodass man dann auch noch mal darüber spricht, ob´s
153 wirklich das Richtige ist, oder ob vielleicht eine andere Therapeutenpersönlichkeit besser geeignet wäre.

154

155 I: Mhm. Sie haben jetzt den ersten Eindruck angesprochen, das wäre auch eine Frage gewesen, welche
156 Bedeutung dieser sog. erste Eindruck hat. Also in dem Fall wurde er dann revidiert? (T: Und Sie meinen
157 so Begrüßung und erstes Händeschütteln oder so?) Was auch immer, ja, oder auch am Telefon, dass Sie
158 da schon ein Gefühl haben: Ui, das glaub´ ich wird schwierig, oder – weiß ich nicht – gibt´s da
159 irgendwelche Kriterien, die für Sie da eine Rolle spielen?

160

161 T: Naja, die Einstiegsinszenierung ist in der Regel immer wichtig, also so die Frage: Wie präsentiert sich
162 die Patientin, mit welchen Bedürfnissen und Wünschen kommt sie und stellt sie wie dar. Natürlich
163 schauen wir da drauf, ob das, was ansteht, eher abwehrend oder eher fordernd oder eher in der
164 Anspruchshaltung präsentiert wird, und das drückt sich dann natürlich schon oft auch im Erstkontakt aus
165 – am Telefon, also so die Frage, wie z.B. auch nach Geld oder Bezahlung gefragt wird oder wie
166 Informationen eingeholt werden, bis hin zu Kleidung und Auftreten, das spielt natürlich alles mit, vor
167 allem auch, wenn z.B. psychosoziale Probleme eine Rolle spielen. Also ich versuch´ mir da dann schon,
168 über den ersten Eindruck auch im diagnostischen Sinn, also, wie soll man sagen – erster Eindruck, es
169 geht natürlich dann immer weiter. Aber das sind wahrscheinlich schon so die Punkte, auf die man dann
170 fokussiert und die man dann im Gesprächsprozess auch mit hinein nimmt.

171

172 I: Und kommt es immer zu einem Erstgespräch, oder kann es auch sein, dass Sie am Telefon schon
173 sagen, also z.B. weil Sie keinen Platz haben oder andere Gründe, weswegen es dann gar nicht zu einem
174 persönlichen Kontakt kommt?

175

176 T: Ja, also das kommt natürlich immer wieder vor, ja. Also erstens, ich hab´ keinen Platz, oder die
177 Psychotherapie ist zu teuer – das spielt oft eine Rolle. Auch dass konkrete Wünsche bestehen wie:
178 „Bieten Sie EMDR an?“ oder Verhaltensmodifikation oder solche Dinge, wo ich dann sag´: „Nein, das ist

179 bei uns, also das wird methodisch bei uns nicht angeboten.“ – Das kommt schon vor.
180
181 **I:** Und Sie haben vorher angesprochen, dass es vielleicht sein kann, dass der Klient eine andere
182 Therapeutenpersönlichkeit braucht. Gibt es da auch Kriterien im Hinblick auf die, also, auf die
183 Indikation, auf die Problemlage des Klienten, auf seine spezielle Symptomatik, dass Sie da das Gefühl
184 haben – eher im Hinblick auf ein anderes Verfahren – dass dem Klienten oder der Klientin Ihrer Meinung
185 nach besser helfen würde?
186
187 **T:** Also die Symptomatik ist es vielleicht am Wenigsten, die da ausschlaggebend ist. Eher vielleicht so
188 bestimmte Thematiken [*Betonung*], wo ich mir dann manchmal überlege: Das wäre vielleicht bei einem
189 männlichen Psychotherapeuten besser aufgehoben. Also beispielsweise bei einem jungen Mann, wo die
190 Vaterthematik so stark im Vordergrund steht, und so männliche Identifikation, die Sehnsucht nach einem
191 männlichen Modell eine große Rolle spielt, und wenn sich das dann in den ersten ein, zwei Gesprächen
192 herausstellt, sprech´ ich´s zumindest an. Und in Bezug auf die Passung natürlich, wenn sich jemand – ich
193 überleg´ jetzt grad: Wie wird das von den Patienten manchmal angesprochen? – z.B. so, dass Sie dann
194 nicht davon sprechen, dass sie gern ein strukturiertes Angebot hätten, sondern sie sagen: „Ich hätte
195 gerne jemanden, der ein bisschen strenger mit mir umgeht und mir sagt, was ich tun soll und klarer ist in
196 den Anweisungen.“ Also da würd´ ich dann auch an andere Kolleginnen denken, die das wahrscheinlich
197 besser machen als ich. Oder auch, wenn jemand mit dem – da spielt jetzt dann schon die Methode rein –
198 so wenn hypnotherapeutische Psychotherapie dann etwa im Vordergrund stehen soll, das ist bei mir nicht,
199 ich mach´ das nur so in ganz bestimmten Fällen, und wenn es in den personenzentrierten
200 psychotherapeutischen Prozess gut einfügen ist, also jemand so eine umschriebene Problematik gibt,
201 die man gut abgrenzen kann, dann mach´ ich´s schon, aber, ja, da kann´s dann auch sein, dass ich einer
202 anderen methodischen Ausrichtung zuweise oder empfehle. (**I:** Das heißt Weitervermittlung nicht nur im
203 selben Verfahren, sondern durchaus auch zu anderen?) Ja, ja. (**I:** Und da haben Sie persönliche
204 Kontaktadressen, wo Sie wissen: Da kenn´ ich einen Verhaltenstherapeuten oder einen Analytiker oder
205 so?) Ja, genau.
206
207 **I:** Also von Therapeutenseite aus, ob mit dem Klienten gearbeitet werden kann, haben Sie schon ein
208 bisschen was angesprochen. Gibt es auch im Vorfeld, also wo Sie von der Erfahrung her oder so schon
209 wissen, z.B.: Ich tu´ mir mit depressiven Klienten eher schwer, gibt es da für Sie Selektionskriterien oder
210 eigentlich nicht?
211
212 **T:** Da gibt´s schon Selektionskriterien und Störungsbilder, wo ich weiß, dass ich mir schwer tu´.
213 (**I:** Genau, so etwas.) Und es gibt eine Thematik, wo ich weiß, dass ich´s einfach nicht kann, das hab´ ich
214 ein oder zwei Mal probiert, aber das geht mir einfach zu nahe, das überfordert mich, nämlich wenn
215 Kinder von, also wenn eine Mutter oder ein Vater kommen, wo ihr junges Kind gestorben ist – z.B. bei
216 einem Verkehrsunfall. Das ist ein Thema, ja, das geht mir einfach persönlich zu nahe und da weiß ich,
217 das kann ich nicht mit dem entsprechenden Abstand oder mit der entsprechenden Distanz gut bearbeiten,
218 und hab´ ich eine Kollegin, die das sehr gut kann und wo ich auch sehr gerne auch dorthin empfehle. Ja,
219 es gibt natürlich sonst auch noch einige Themen, wo man sich´s überlegt, ob man´s macht, also wenn ich
220 z.B. schon vier psychiatrische Patienten hab´, dann überleg´ ich mir, ob ich den fünften oder sechsten
221 auch noch nehmen möchte. (**I:** Zur selben Zeit?) Zur selben Zeit, ja, also eher nicht, weil wir halt wissen,
222 dass das doch eher anstrengende und aufwendige Arbeit, wo so der Klientenmix – ist für mich zumindest
223 auch eine. (**I:** Alles klar, also nicht prinzipiell nein, sondern nur nicht zu viele auf einmal.) Ja, genau.
224
225 **I:** Und passiert´s in der Gemeinschaftspraxis bei Ihnen, dass so etwas wie eine Weitervermittlung
226 stattfindet, weil Sie sich eben denken: „Die Kollegin wäre da vielleicht besser geeignet als ich“ – findet so
227 etwas statt?
228
229 **T:** Ja, das passiert natürlich, und wir kennen uns jetzt schon sehr gut und wir wissen auch sehr gut, wer
230 mit wem gerne und wer mit wem auch gut arbeitet. Also eine Kollegin arbeitet z.B. überhaupt nicht mit
231 schweren Persönlichkeitsstörungen, das liegt ihr nicht und das wissen wir, und die andere ist besonders
232 gut bei depressiven Störungen und bei Angststörungen. Ja, also da gibt´s schon Erfahrungswerte, die wir
233 auch sehr gerne nützen. (**I:** Wird das auch im Vorfeld dann schon so, also, zugewiesen?) Das stellt sich
234 dann meistens beim Telefonat schon heraus, also wenn die Patientinnen sich anmelden, erzählen sie in
235 der Regel ja ganz kurz, worum´s geht, oder wir fragen das auch und versuchen´s dann, also möglichst
236 zielgerichtet, der einen oder anderen Kollegin zuzuweisen.
237
238 **I:** Und sollte jemand dann kommen und sagen: „Ah, ich hab´ aber von der Frau Doktor XXX gehört und
239 würde gern zu dieser Person.“
240

241 T: Das passiert auch, nämlich auch wenn Klientinnen sich im Wartezimmer treffen und uns dann auch
 242 sehen, wenn wir gemeinsam da sind, da gibt's dann manchmal so eine Idee: Da oder dort könnt's
 243 attraktiver sein, Psychotherapie zu machen. Da haben wir aber in der Regel dann eine Intervention und
 244 überlegen, ob das mehr Widerstand ist oder ob das wirklich passend ist aufgrund der Thematik und eben
 245 der jeweiligen Persönlichkeit. Und Zuweisung spielt auch eine große Rolle, weil wenn die Ärzte dann
 246 sagen: „Gehen Sie dort und da hin, weil die macht das besonders gut“, oder: „Mit der hab' ich besonders
 247 gute Erfahrungen“, dann ist es oft schwierig. Also das ist für die Patienten meistens schon ein sehr
 248 wichtiger Hinweis, dem sie in der Regel auch sehr vertrauen, und da ist es dann oft schwer zu wechseln,
 249 auch wenn wir glauben, dass eine Patienten zur Kollegin. (I: Ja weil der Klient ja schon mit der
 250 Erwartung kommt.) Ja, eben, die Erwartung ist dann meistens sehr klar.
 251
 252 I: Wie wird dann damit umgegangen, also sagen Sie dann: „Na gut, dann soll er halt da bleiben, wo er hin
 253 möchte“, oder wird das dann vorsichtig angesprochen, dass das andere vielleicht?
 254
 255 T: Na, wenn's im Erstkontakt schon kommt, also so: „Mein Hausarzt hat mir gesagt“, dann kann man's ja
 256 erklären und noch einmal thematisieren und auch transparent machen, warum wir das so sehen und da die
 257 Möglichkeit anbieten, sich z.B. beide anzuschauen und sich dann zu entscheiden. Es ist eher ein Problem
 258 oder ein Thema im telefonischen Erstkontakt, würd' ich sagen. – Es kommt häufiger vor, also dass die
 259 Patientin sagt: „Mein Hausarzt hat mir gesagt, ich soll zu Ihnen kommen.“ Und ich sag': „Ja, worum
 260 geht's denn, vielleicht können Sie ein bisschen erzählen“, und dann sag' ich: „Ja, aber da hab' ich den
 261 Eindruck, das passt besser zu meiner Kollegin, was sagen Sie dazu? Sie hat sehr viel Erfahrung mit
 262 diesen Problemstellungen“ – und dann sieht man eh: Geht's oder geht's nicht?
 263
 264 I: Also eine Vermittlung möglicherweise schon direkt am Telefon, dass es dann gar nicht zu einem
 265 Kontakt kommt, sondern diese Person, wenn ihr das zusagt, dann zu ihrer Kollegin geht.
 266
 267 T: Ja, ja. Wobei man halt sagen muss, wir sind in dieser Konstellation seit etwas 15 Jahren jetzt
 268 zusammen, also wir kennen uns halt wirklich sehr gut und da hat man schon sehr gute Erfahrungswerte,
 269 was passt und was nicht.
 270
 271 I: Aus dem englischsprachigen Raum kommt der Begriff „Intaker“ – darauf bin ich beim Ausarbeiten
 272 meiner Diplomarbeit gestoßen – das sind speziell ausgebildete Beratungstherapeuten, die die
 273 Erstgespräche mit potenziellen Klienten führen, aber dann meistens eine anschließende Psychotherapie
 274 nicht selber übernehmen. Was halten Sie davon? (T: Naja, Sie sprechen da glaub' ich so eine Art „gate-
 275 keeper-system“ an oder sowas in die Richtung?) Ich hab' das so verstanden, dass das Personen sind, die
 276 mal abchecken, was der Patient sich wünscht bzw. seine Erwartungen, und auch vom Störungsbild her,
 277 weil glaub' ich auch in der Forschung immer wieder angesprochen wird, dass vielleicht für bestimmte
 278 Symptomatiken spezielle Verfahren besser geeignet sind, möglicherweise, und ich glaub', sowas wird
 279 dann mit diesen Beratungstherapeuten abgeklärt.
 280
 281 T: Gut, das kommt halt drauf an, welchen Ansatz man verfolgt. Ich glaub' nicht, dass bestimmte
 282 Störungsbilder mit bestimmten Methoden besser behandelt werden, ich denk', es kommt in erster Linie
 283 auf die Erwartungen und die Persönlichkeit der Patientin an und eben auf die Passung zwischen
 284 Psychotherapeutin und Patientin. (I: Auf der Ebene der Beziehung oder Persönlichkeit, weil Sie sagen,
 285 das andere?) Auf der Ebene der Beziehung, und auf der Ebene der Methodik oder der Technik gehe ich
 286 davon aus, dass erfahrene Psychotherapeutinnen immer drauf schauen werden, welche Wege sie mit
 287 ihren Patientinnen finden, um deren Gefühlswelten möglichst gut zu erschließen – darum geht's uns
 288 allen. Und alle Psychotherapeutinnen erwerben sich im Laufe ihrer Berufstätigkeit eine ganze Menge
 289 Zusatzqualifikationen, also Techniken. Und sicher ist es so, dass jemand, der hauptsächlich rationalisiert,
 290 den wird man dann nicht zum Psychodrama schicken. Oder jemand, der eher sehr kreativ und
 291 phantasievoll denkt und auch mit der eigenen Gefühlswelt eher so mit kreativen Medien da besser
 292 hinkommt, der wird dann vielleicht in der Verhaltenstherapie weniger gut aufgehoben sein. Und jemand,
 293 der sich Programme und Anweisungen und eine konkrete Struktur für diesen Entwicklungsprozess
 294 wünscht, der wird dann wieder in der Verhaltenstherapie besser aufgehoben sein als in einer
 295 Personenzentrierten Psychotherapie. Aber grundsätzlich find' ich's eher problematisch, diese
 296 Vorgespräche, weil es passiert ja jetzt nicht nur in Zusammenhang mit solchen „gate-keeper-systemen“,
 297 sondern auch im Zusammenhang mit stationären Aufenthalten, wo einige erste psychotherapeutische
 298 Beratungsgespräche geführt werden, oder Motivation zur Psychotherapie hergestellt wird, oder auch im
 299 Bereich der psychotherapeutischen Medizin, wo dann Ärzte einige Gespräche führen und dann erst mal
 300 feststellen, sind sie bereit und in der Lage, einen längerfristigen psychotherapeutischen Prozess zu tragen
 301 oder nicht, und dann ev. weiterverweisen. Und aus meiner Erfahrung ist es eher immer eine zusätzliche
 302 Schwierigkeit, weil man dann noch einmal einen ganz bestimmten Aufwand treiben muss, nämlich wenn

303 diese Erstgespräche nicht ganz klar und strukturiert als Motivationsgespräche zur Psychotherapie
304 deklariert sind. Also wenn's darüber hinausgeht, weil diese psychotherapeutische Beratungstätigkeit, die
305 wird dann glaub' ich schon oft so von der Neugier und von der Faszination, etwas von einem
306 Menschenleben zu erfahren, gesteuert, und da wird dann doch oft schon relativ weit hineingegangen, und
307 das ist keine gute Voraussetzung, um dann in der Psychotherapie noch mal von vorne zu beginnen.

308

309 I: Können Sie kurz sagen, was dieses „gate-keeper-system“ ist?

310

311 T: „Gate-keeper-system“, also wo eine Berufsgruppe oder eine Person abgestellt wird, um zu
312 entscheiden, welche Gesundheitsleistung angeboten werden soll. Also in Holland sind das glaub' ich
313 bestimmte Hausärzte im Bezirk, die da dafür ausgebildet werden, um dann zu entscheiden, also ich bin
314 mir jetzt nicht so sicher. (I: Also ähnlich dem, was ich angesprochen habe?) Ja.

315

316 I: Okay, das waren jetzt viele Informationen zum Erstkontakt. Noch kurz zum Therapieprozess:
317 Aufgrund welcher Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist, oder
318 ob sie eben passend für ihn ist – oder für sie, die Klientin?

319

320 T: Naja, also einerseits ist natürlich die Symptomatik ein Gradmesser: Nimmt der Leidenszustand ab und
321 empfindet die Patientin das selber so? Das andere ist: Wie gut – also jetzt im personenzentrierten Ansatz
322 gehen wir ja davon aus, dass eine tragfähige Vertrauensbeziehung, die im Verlauf der Psychotherapie
323 immer stabiler und vertrauensvoller wird – also wie entwickelt sich die Beziehung, das schauen wir an,
324 weil das ist die Voraussetzung dafür, dass ein Veränderungsprozess gut in Gang kommt. Dann stellt sich
325 natürlich immer auch die Frage: Kann die Patientin selber das auch so wahrnehmen, nimmt die
326 Reflexionsfähigkeit zu, hat sie selber den Eindruck, sie gewinnt an Stabilität, an Ressourcen, kann ihre
327 eigenen Ressourcen wieder mehr sehen, und ist gleichzeitig bereit, auch Leidvolles wahrzunehmen,
328 Kontakt dazu zu bekommen und es in dieser Differenziertheit, die wir brauchen in der Psychotherapie,
329 auch aufzuarbeiten? Ja, wir orientieren uns dabei natürlich auch an ganz konkreten Rückmeldungen von
330 Patientinnen, bis dahin, dass manchmal sowas entsteht wie – wie kann man das am besten bezeichnen? –
331 also manchmal ist es so wie ein „Aha-Erlebnis“, wo die Patientinnen dann kommen und sagen: „So, jetzt
332 hab' ich's, jetzt weiß ich, wie ich mit mir umgehen kann, damit ich diesen Veränderungs- und
333 Entwicklungsprozess.“ Ja, oder wie kann man's am besten ausdrücken? Also es wird manchmal ganz klar
334 von den Patientinnen auch formuliert, dass sie das Gefühl haben: Jetzt sind sie am richtigen Weg und
335 sind sich dann auch ganz sicher, dass das zum Erfolg führen wird, wenn sie sich da jetzt auf die
336 Psychotherapie einlassen. Also es geht auch um den Grad des Sich-Einlassens. Da kann ich vielleicht
337 noch dazu sagen, es ist oft so ein entscheidender Punkt, wenn die Symptomatik dann abgeschwächt ist
338 und der Leidensdruck geringer wird, gibt's Patientinnen, die sich dann noch einmal tiefer einlassen und
339 sich auch bewusst dafür entscheiden, und andere, die dann auch mit dieser Erleichterung in Bezug auf die
340 Krankheit oder die Problematik zufrieden geben, und damit auch die Psychotherapie zum Abschluss
341 kommt.

342

343 I: Und jetzt ein bisschen überspitzt gefragt: Gab's schon mal – oder hatten Sie schon mal das Gefühl –
344 dass eine Fehleinschätzung getroffen wurde, also dahingehend, dass Sie dann im Therapieprozess das
345 Gefühl hatten: Wir können doch nicht so gut miteinander, wie ich eingangs dachte, oder dass die
346 Therapieform nicht so gut indiziert ist für das Störungsbild des Klienten? Wobei zweiteres haben Sie
347 eigentlich schon beantwortet, weil Sie vorhin gesagt haben, es gibt kein Verfahren, dass wirklich speziell
348 für eine Richtung jetzt das bessere ist.

349

350 T: Ja, ja gut, der Psychotherapieverlauf und -prozess wird ja laufend thematisiert und natürlich stellt sich
351 dann immer wieder auch heraus, dass man miteinander vielleicht nicht so weit gekommen ist, wie man
352 sich's ursprünglich erhofft hat. Es stellt sich auch manchmal heraus, dass die Ressourcen, die man
353 vielleicht vorher anders eingeschätzt hat, nicht so weit tragen, wie man gedacht hat, und man sich dann
354 auch mit einem Stück weniger zufrieden geben muss, also dass der Heilungsprozess nicht so weit
355 voranschreitet, als es vielleicht die prognostischen Überlegungen einmal nahe gelegt haben. Was kann
356 noch passieren? Es stellt sich natürlich auch manchmal heraus, dass es noch sehr viel schlimmer ist, als
357 man gedacht hat, also Komorbidität oder Life-Events, die am Anfang gar nicht berichtet wurden, dass das
358 dann noch eine große Rolle spielt, oder auch durchaus schwierige soziale Umstände die Situation
359 verschärfen, oder noch eine zusätzliche Verletzungen dazukommt, also auf alles Mögliche gefasst sein.

360

361 I: Ist es Ihnen da schon mal passiert, dass Sie dann von Ihrer Seite gesagt haben, dass wird mit uns nicht
362 weiter funktionieren, ich vermittele Sie weiter? (T: Grad wenn's schwierig wird sollte man wahrscheinlich
363 nicht weitervermitteln.) Ja das wäre eben meine Frage, ob sowas passieren kann, dass man im
364 Therapieprozess dann draufkommt, eben diese Passung ging verloren oder wie auch immer, und.

XL

365 (T: Aha, so meinen Sie das.) Das ist eben, das will ich herausfinden, ob es im Verlauf zu Veränderungen
366 kommen kann, dass die Beziehung dann doch nicht mehr so gut passt und man sagt, dass, danehm' ich
367 mich als Therapeut aus dem Spiel jetzt und, und versuche, weiterzuvermitteln. Aber ich weiß ja nicht, ob
368 es sowas gibt, ob Ihnen sowas schon mal passiert ist.

369
370 T: Na, es ist sehr wichtig, auf die Tragfähigkeit der Beziehung zu achten, und oft stellt sich's dann
371 heraus, ob – wenn's um die Konfrontation mit leidvollen Erfahrungen geht – ob die Beziehung auch da
372 trägt. Also wenn Patientinnen in eine Krise hineingeraten oder sehr stark betroffen sind von dem, was sie
373 an Material heraufbefördern und grad bearbeiten, und in solchen Krisensituationen zeigt's sich dann
374 schon, ob's hält. Und wenn das gut geht, dann kann man eigentlich sagen, die Psychotherapie ist jetzt
375 einmal so in Bezug auf die Passung von Therapeutin und Klientin im Wesentlichen gelungen. Ich glaub',
376 dass es ein Abstimmungsprozess ist, den die Patientinnen selber vornehmen, dass sie nämlich dann auch
377 spüren, wie weit sie sich mit einer bestimmten Therapeutin einlassen können, also das ist oft nicht so
378 ausgesprochen, aber dass sie schon auch merken, ob dieses Vertrauensverhältnis wirklich da ist und ob es
379 so gut ist, dass man sich da auch dann aufgehoben fühlt, wenn man's wirklich braucht, also wenn man
380 wirklich bedürftig wird auch über krisenhafte Situationen in der Psychotherapie.

381
382 I: Und hat's da schon mal nicht so gut dann gepasst? Oder weil Sie vorher gesagt haben, wenn die
383 Beziehung das aushält, dann? (T: Ist es so die Frage, ob man dann eine Patientin auch mal im Stich lässt
384 oder irgendwie sagt, das geht einem dann?) Weniger im Stich lassen, weil man wird sich ja nicht einfach
385 aus dem Spiel nehmen und nix anbieten – einen Ersatz sozusagen – aber ob es sowas schon mal gegeben
386 hat, dass Sie eben nicht beim Erstgespräch schon das Gefühl hatten – so wie bei den Beispielen, die Sie
387 vorhin genannt haben, wo das wahrscheinlich nicht funktionieren wird – sondern im Laufe des Prozesses
388 dann. (T: Dass es da nicht passt?) Genau, genau.

389
390 T: Ja gut, also für mich ist das schon auch immer ein Kriterium, ob Patientinnen agieren und das nicht
391 gestoppt werden kann, da ist dann bei mir z.B. eine Grenze erreicht. Ich hatte mal einen Klienten, da war
392 ich dann am Wochenende in der Praxis und hab' was gearbeitet, und plötzlich steht der vor der Türe, und
393 dann hat sich herausgestellt, er ist auch so irgendwie in der Gegend herumgefahren und hat dann ständig
394 g'schaut, wo ich bin und hat alles Mögliche ausspioniert, das war dann auch in der Psychotherapie selber
395 – also in der regulären Stunde – nicht wirklich besprechbar, und da hab' ich dann die Entscheidung
396 getroffen, die Psychotherapie abubrechen. Und den hab' ich dann – weil das hat auch noch eine Rolle
397 gespielt in dem Fall – einem männlichen Kollegen zugewiesen oder, also mit dem Kontakt aufgenommen
398 und ihn dorthin geschickt, und das hat dann eh noch einmal dort auch so eine Runde genommen, aber es
399 ist dann glaub' ich letztlich besser gegangen und dann auch zu einer geordneten Psychotherapie
400 gekommen. Also das war so ein Fall, wo's mitten drinnen dann abgebrochen wurde, von meiner Seite.
401 (I: Genau, das hab' ich gemeint.) Ja, im Moment fallen mir nicht so viele Abbruchsszenarien ein. (I: Also
402 eher selten, dass es zu so etwas kommt – hör' ich da ein bisschen raus.) Also von meiner Seite eher
403 selten, von Seiten der Patientinnen gibt's natürlich schon Abbrüche, aus den unterschiedlichsten
404 Gründen, einerseits wenn Widerstände zu groß werden, oder manchmal – auch jetzt erst hab' ich eine
405 Patientin gehabt, wo es wirklich sehr wichtig gewesen wäre, dass sie weitermacht, und da ist dann zu all
406 den Problemen noch eine Beziehungskrise dazugekommen, und eine ihrer Töchter hat dann noch ein
407 Drogenproblem dazugekriegt, und sie hat sich dann so überfordert gefühlt, dass sie sich auch gar nicht
408 mehr in der Lage gefühlt hat, sich mit sich selber zu befassen.

409
410 I: Gut. Und welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen
411 Beziehungsangebotes – also sprich von Therapeutenseite aus das Beziehungsangebot, dass gegeben wird
412 – auch im Hinblick auf die drei Kernvariablen in der Personenzentrierten Psychotherapie?

413
414 T: Steht's wahrscheinlich an erster Stelle. Also aus meiner Sicht ist es die Basis für die Arbeit, weil
415 Kongruenz und wertschätzendes Aufnehmen und Empathie ist alles wichtig, ist natürlich grundlegend,
416 und letztlich theoretische Überlegungen und Metareflexionen und alles was halt so dazu gehört, aber
417 wenn die Beziehung nicht passt und das Beziehungsangebot nicht passend ist oder nicht angenommen
418 werden kann (I: Vom Klienten?), vom Klienten, ja, dann geht gar nichts eigentlich.

419
420 I: Und ist es Ihnen da schon mal passiert, dass Sie das Gefühl hatten, ich kann das jetzt nicht so
421 verwirklichen, wie es wichtig wäre für eine tragfähige Beziehung? Also dass Sie eben die Echtheit nicht
422 so vermitteln konnten, wie's notwendig wäre, oder sich nicht so wertschätzend einfühlen konnten – hat's
423 das schon mal gegeben, dass diese Verwirklichung für Sie jetzt schwierig war einer Klientin oder einem
424 Klienten gegenüber?

425
426 T: Naja, die Fragestellung – muss ich jetzt mal überlegen – also wenn ich das Gefühl hab', dass von mir

427 aus die Verwirklichung, so wie ich's möchte, nicht möglich ist, dann ist es ein Supervisionsthema. Also
428 wenn ich spür', dass ich da irgendwie anders emotional beteiligt bin oder verstrickt bin mit einer
429 Patientin, klar, dann hat man die Verpflichtung, das auch zu merken und sich entsprechend dann halt
430 wieder zu ordnen und Supervision in Anspruch zu nehmen. (I: Also kein Ausschlussgrund, sondern
431 dann regeln Sie das für sich in der Supervision?) Ja das muss man sich halt dann genau anschauen. Und
432 ansonsten: In Bezug auf die Ansprüche an das Beziehungsangebot glaub' ich, dass es halt ein sehr
433 subtiler Abstimmungsprozess ist mit unseren Patientinnen, weil da muss ich dann halt manchmal auch
434 über die Reaktion im Vis-à-vis Abstriche machen von dem, was ich weiß, was optimal wäre, aber halt in
435 dieser Beziehungskonstellation nicht wirklich geht, weil das Beziehungsgeschehen, das bestimmt man ja
436 nicht alleine und das ist mir manchmal schon bewusst, dass es wichtig wäre, dass man sich noch näher
437 kommt, dass man sich mehr spürt, dass es stimmiger und kongruenter auch im Miteinander wird, aber
438 man muss halt manchmal auch mit bestimmten Abstrichen davon [*Betonung*] auch arbeiten können und
439 [... *Aufnahme sehr undeutlich* ...] dass es zu einer Verbesserung kommt, aber es gelingt nicht immer.
440 (I: Also es ist durchaus okay, wenn es nicht immer und permanent zu 100 % vorhanden ist?) Ja, ganz
441 sicher, also damit leben wir tagtäglich.

442
443 I: Und war's schon mal so intensiv, dass Sie trotz Supervision irgendwie das Gefühl hatten: Ich kann's
444 nicht verwirklichen, es gelingt mir nicht? (T: Sie meinen jetzt in Bezug auf die eigene Verstrickung mit
445 Patientinnen?) Ja, dass Sie einfach diese für Sie eben fundamentalen Variablen dem Klienten gegenüber
446 nicht in ausreichender Form verwirklichen konnten. Trotz Supervision, trotz besprechen, dass Ihnen das
447 nicht gelungen ist – oder gab' das eigentlich noch nicht?

448
449 T: Das wird's wahrscheinlich schon auch gegeben haben, aber ich hoffe, dass ich es bemerke, und ich
450 kenn' schon auch dieses Ringen um das Sich-Einlassen und die entsprechenden Haltungen aufzubringen,
451 und weiß, dass es eben schon auch Themen gibt, die einen da sehr fordern – also ich denk' an einen
452 Patienten, der so ausgeprägte sadistische Phantasien hatte, wo's für mich zeitweise dann schon sehr
453 schwierig war oder wo ich so gemerkt hab', dass ich mich oft so richtig, dass ich selber so in den
454 Widerstand gehe, ihm da zu folgen, aber das hat sich dann so in Bezug auf seine – also in der Supervision
455 war das dann ein großes Thema, so: was er auch mit mir macht und wie ich das in das
456 Beziehungsgeschehen wieder einbetten kann. Ich denk', in der Regel kann man das über die
457 Eigenreflexion schon ganz gut hinkriegen, ja.

458
459 I: Okay, mhm, gut. Zwei Fragen hätt' ich noch. Eine ist schon immer wieder ein bisschen angesprochen
460 worden: Also wenn ich ihnen jetzt sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“, was bedeutet das für
461 Sie, was spielt für Sie da eine Rolle wenn Sie dieses Statement hören, was heißt das für Sie?

462
463 T: Ja, vielleicht kann man's besser mit weniger fachlichen Begriffen umschreiben (I: Gerne), also so ein
464 Sich-miteinander-wohlfühlen, so drauf vertrauen, dass da Nähe entstehen kann, so ein bisschen was
465 voneinander spüren können, so den Eindruck haben, dass man sich auch verbal versteht, aber auch so im
466 Miteinandersein sich vis-à-vis sitzen, dass das ein zumindest nicht ungutes Gefühl ist. Dass man sich in
467 der Art, wie man miteinander redet und wie man sich begegnet, auch irgendwie verstehen kann, also dass
468 es eine Verständigungsmöglichkeit gibt, und ich glaub' schon, dass letztlich auch sowas wie sozialer
469 Status und Einstellungen und Haltungen, dass das eine große Rolle spielt.

470
471 I: Mhm, super. Letzte Frage: Haben Sie schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, mit diesem
472 Klienten oder dieser Klientin fühle ich mich nicht sehr wohl? Kann durchaus am Anfang schon sein oder
473 dann im Laufe des Prozesses, dass dieses Gefühl bei Ihnen aufgetreten ist – gab's das schon einmal?

474
475 T: Das gab's, selten eigentlich. (I: Können Sie kurz beschreiben, warum das damals so war – also was
476 das die Gründe dafür waren, dass dieses Gefühl entstanden ist bei Ihnen?) Es gab eine Patientin, die –
477 naja, wie, das sind nämlich wirklich mehr so Eindrücke und Stimmungen, die da wirken, die man
478 vielleicht so intuitiv erfasst – also das war z.B. eine Patientin, die ist bei der Tür hereingekommen und
479 ich hab' ihr die Hand gegeben und hab' dann das Gefühl gehabt: Da geht was ganz Unangenehmes,
480 Düsteres von dieser Person aus, und sie war eine Stunde da und ich konnte gar nicht so wirklich zuhören
481 und so, also hat sich alles in mir so gesträubt, sich da drauf einzulassen, und es war dann nachher für
482 mich auch sehr wichtig, das Zimmer wirklich gut zu lüften, und ich hab' dann nicht länger drüber
483 nachgedacht, aber es war uns beiden dann, glaub' ich, sehr schnell klar, dass wir nicht zusammenarbeiten
484 werden, also es war mehr so etwas stimmungsmäßiges. Es gibt aber auch so profanere Gründe, also wenn
485 z.B. Promis über irgendeine Empfehlung geschickt werden und dann kommen sie und schauen sich in der
486 Praxis um und haben dann das Gefühl, das ist nicht das entsprechend edle Ambiente und wir bieten da
487 sozusagen nicht das, also das entspricht dem Status oder dem Image, das da erwartet wurde, nicht, dann
488 kann es auch sein, dass das von Anfang an spürbar ist, dass das halt so nicht passt. (I: Und dann wird das

489 angesprochen?) Das wird in der Regel gar nicht angesprochen, weil das ist dann eh oft sehr schnell klar.
490 (I: Da kommt's einfach zu keinem weiteren Kontakt mehr?) Ja, mhm. Also umschrieben wird das dann
491 meistens so, dass, Patienten spür'n ja das dann auch stark, dass sie dann sagen: „Ja, ah, ich überleg' mir's
492 noch“ oder so: „Entscheiden wir dann beim nächsten Gespräch“ oder so.

493

494 I: Aber ein Nicht-Wohlfühlen in der Stärke, dass Sie sagen: „Ich kann mit dieser Person nicht
495 weiterarbeiten“, hat's noch nie gegeben – außer das Beispiel, das Sie vorher gesagt haben, mit diesem
496 Mann, der da am Wochenende?

497

498 T: Doch, hat's schon gegeben, aber mir fallen die Beispiele nicht so ad hoc jetzt alle ein. (I: Okay, aber
499 gab's das schon?) Das gab's schon, ja, ja. (I: Dass von Ihrer Seite aus die Therapie abgebrochen wurde?)
500 Na nicht abgebrochen, also abgebrochen aus ganz bestimmten Gründen, da ist es klar, aber nicht
501 deswegen, weil mir jemand unsympathisch ist oder weil so dieses, sondern aufgrund, es ist ein
502 Unterschied, ob jemand aufgrund der Psychodynamik und des psychotherapeutischen Prozesses und dem,
503 was sich im Prozess entwickelt, abbricht, oder nicht miteinander kann, weil man z.B. das Agieren nicht
504 handeln kann oder weil's in der Beziehung nicht soweit trägt, dass auch ganz schwierige Prozesse
505 miteinander durchgestanden werden können – das ist so das Eine. Und das Andere ist dann so das
506 Moment der Passung, wo's mehr drum geht, ist man sich sympathisch, kann man sich einander
507 warmherzig nähern, gibt's sowas wie Passung auch im Sozialen, in den Einstellungen, in den Haltungen.
508 – Ja, da fällt mir jetzt auch etwas ein, wo ich zwei Mal ganz am Anfang entschieden hab', dass ich das
509 nicht kann oder dass es einfach wirklich nicht passt: Da ging's um eine Jugendgruppe, die so in der
510 rechtsradikalen Szene war und wo dann zwei Burschen hintereinander zur Psychotherapie geschickt
511 wurden und es für mich ganz am Anfang – ich mein, es war mir bewusst, dass es sehr wichtig wäre, sich
512 auf deren Gedankenwelt einzulassen – aber das war mir von meinen Haltungen und Einstellungen her so
513 wenig möglich bzw. mit aller Bewusstheit auch nicht möglich, so meine eigenen Widerstände weg zu
514 halten, dass ich mich dann entschieden hab', das nicht zu machen. Also da geht's dann mehr um
515 Einstellungen und Haltungen.

516

517 I: Okay. Ja, weil mir war diese Frage auch wichtig, weil ich bei der Ausarbeitung des theoretischen Teils
518 meiner Diplomarbeit eben auf ein Beispiel gestoßen bin, wo eine Psychotherapeutin beschreibt, dass sie
519 plötzlich im Therapieprozess nicht mehr mit dem Klienten arbeiten konnte, weil er einfach Themen
520 angesprochen hat, mit denen sie sich dann einfach nicht mehr identifizieren konnte, wo sie ihm nicht
521 mehr ausreichend zur Verfügung stehen konnte. Und das hab' ich, wollt' ich ein bisschen herauskitzeln,
522 ob sowas schon mal passiert ist, dann eben später, dass man im Laufe der Therapie plötzlich draufkommt:
523 Mit dem fühle ich mich nicht mehr wohl oder mit der Person.

524

525 T: Ja, na gut, das ist z.B. so ein Thema, wo Haltungen und Einstellung. (I: Dann plötzlich, genau, nicht
526 mehr.) Ja. Oder wenn Gewalt oder Gewaltpotenzial so eine große Rolle spielt, dass man dann auch das
527 Gefühl hat: Da könnte außerhalb was passieren, weil's in der Psychotherapie nicht genügend offen
528 angesprochen wird, also wo dann auch die Konfrontation mit gefährdetem Verhalten nicht wirklich in der
529 Offenheit mündet, so dass man es auch wirklich besprechbar machen kann – das kann z.B. schon auch
530 ein Grund sein, dass man dann sagt: „So kann man nicht miteinander arbeiten in einer Psychotherapie.“
531 (I: Okay, und haben Sie das auch schon erlebt?) Ja, sowas wie belogen werden, wenn's um gefährdendes
532 Verhalten geht, das ist schon ein kritischer Punkt, auf jeden Fall. Ich kann mich jetzt nicht erinnern, aber
533 es kann sein, dass es ein oder zwei Fälle gegeben hat, wo das dann nicht zum Erfolg geführt hat, obwohl
534 ich's angesprochen hab', weil ich würd's ja natürlich ansprechen, auch wenn ich das Gefühl hab', ich
535 werde belogen oder es werden bewusst falsche Informationen in der Psychotherapie an mich
536 herangetragen. Und manchmal ist das ja was ganz was Wichtiges, das ist ein Material, mit dem man dann
537 arbeitet, aber es kann schon sein, dass es eben nicht bearbeitbar wird und das wäre dann für mich schon
538 auch ein Grund, eine Psychotherapie abubrechen. (I: Von Ihrer Seite aus dann?) Ja.

539

540 I: Okay, gut. Wir haben alles abgedeckt. Vielen herzlichen Dank. (T: Gerne.)

541

542

543 *Ergänzung, die sich nach der offiziellen Interviewdurchführung ergeben hat:*

544

545 ... I: Na das ist eben, möchte' ich eben im Zuge der Interviews eruieren, ob es eben von Therapeutenseite
546 aus Kriterien gibt, das ein Therapeut von sich aus sagt: „Mit dem Klienten oder der Klientin kann ich
547 nicht.“ Oder muss ein Therapeut mit jedem können? Das ist ja so, was ich eben versuch' herauszufinden.
548 Oder darf das durchaus sein, dass man sagt: „Da nehm' ich mich aus dem Spiel, weil da gibt's andere, die
549 das besser können“?

550

551 T: Ja, es ist halt auch im Laufe der Erfahrung, also ich würde zum Beispiel nicht gerne mit
552 Sexualstraftätern arbeiten, und arbeite sehr viel mit Opfern aus dieser Thematik. Gut, dann hab´ ich auch
553 ein bisserl experimentiert mit Sexualstraftätern, ein bisserl Fortbildung gemacht, hab´s zwei, drei Mal
554 probiert und dann halt gesehen: Nein, eigentlich – liegt mir nicht. Und dann fang´ ich aber erst gar nicht
555 an damit. (I: Darf ich das dann noch aufnehmen in das Transkript oder wollen Sie das eher nicht?) Oja,
556 kann man eh dazu sagen. Dass halt, im Laufe der Berufserfahrung wird´s ja auch klarer, wen man in
557 Psychotherapie nimmt und wen nicht. Oder Suchtpatienten – ich nehm´ auch keine Suchtpatienten.
558 (I: Mit denen arbeiten Sie auch nicht so gern?) Nein. Und deshalb kommt´s dann auch nicht so oft zu
559 Abbrüchen, weil man ja eh schon weiß. (I: Weil man sich von vornherein schon aus dem Spiel nimmt,
560 man beginnt gar nicht.) Ja, genau, ja. ...

Transkript Personenzentrierter Psychotherapeut F

I = Interviewerin

T = Therapeut

1 I: Gut, zuerst mal danke, dass Sie sich für dieses Gespräch Zeit nehmen. Ich hätt' zuerst mal einige
2 organisatorische Fragen zu Ihrer Person – wobei natürlich sehr allgemein gehalten. Wie lange sind Sie
3 schon als Psychotherapeut tätig bzw. wie lange in der Therapeutenliste?
4

5 T: Seit Erstellung der Liste. (I: Ich glaub' Anfang der 90er Jahre?) Ja. Also nach dem
6 Psychotherapiegesetz, wo's die Liste gegeben hat.
7

8 I: Wenden Sie neben dem Personen- bzw. Klientenzentrierten Ansatz – ich verwende diese beide
9 Begriffe synonym – auch ein anderes Verfahren an? (T: Nein.) In welchem Kontext arbeiten Sie als
10 Psychotherapeut?
11

12 T: In freiberuflicher Praxis. (I: In einer Einzelpraxis?) Einzelpraxis.
13

14 I: Und wie viel Klientenkontakt ungefähr haben Sie pro Woche?
15

16 T: Im Schnitt maximal fünf.
17

18 I: Gut. So, das war mal ein bisserl so organisatorisch. Nun einige Fragen zum Erstkontakt. Wenn ein
19 Klient zu Ihnen zum Erstgespräch kommt, was ist Ihnen da besonders wichtig, was wollen Sie über den
20 Klienten erfahren und worauf achten Sie besonders?
21

22 T: Ob die Vereinbarung tragfähig ist, das ist mir das Wichtigste. Das versuch' ich in einem Gespräch
23 abzuklären, indem ich auch gleich nicht mehr als maximal fünf Termine optional anbiete, um dann
24 innerhalb dieser fünf Termine auch jederzeit beidseitig aussteigen zu können. (I: Mhm, also
25 Probesitzungen sozusagen, kann man das so nennen?) Nein, das sind schon richtige Sitzungen, aber so
26 quasi, ob die Vereinbarung hält und ob sie auch aufrecht bleiben soll – das ist unter anderem in dieser
27 Frist abzuklären. Nicht also Probesitzungen, das sind schon richtige.
28

29 I: Und worauf achten Sie dann in diesen Stunden? Oder was könnten Gründe sein, dass es dann eben zur
30 Nicht-Weiterführung kommt?
31

32 T: In der Regel funktioniert das so: Auf beiden Seiten, dass man merkt, eigentlich, ich sag's einmal ganz
33 pauschal: Man hat kein anhaltendes Interesse. Weder der mögliche Klient oder die Klientin ist in der
34 Lage, sich für meine Angebote an Zuhören, an Aufmerksamkeit zu interessieren, oder bei mir schwindet
35 dieses Interesse – und auch das ist für mich ein Grund, das zu überprüfen und anzusprechen. Und wenn
36 das nicht gelingt, zu einer Veränderung zu kommen, dann beend' ich das im Einvernehmen, indem
37 drüber gesprochen wird. Und die besonderen Indikatoren dafür sind, ob es so was wie ein aktuelles
38 Erleben in der Therapie auch gibt. – Was nicht heißen muss: Tränen in der dritten Stunde, das ist nicht
39 das Kriterium, also nicht so in dem Sinn ein beobachtbares Kriterium, sondern es ist eher eine
40 atmosphärische Übereinstimmung (I: Zwischen Ihnen beiden?) zwischen beiden, genau.
41

42 I: Mhm. Und auf Klientenseite, gibt's da noch Sachen, auf die Sie besonders achten, oder die Sie
43 „abchecken“?
44

45 T: Also ich bin inhaltlich nicht festgelegt auf die Art und Weise der – sag' ich jetzt –
46 Hintergrundproblematik oder aktuellen Symptomatik, das ist ziemlich offen gehalten. Es ist eher, ob
47 dieses, also so quasi Erleben in der Situation spürbar wird – auf beiden Seiten. Das hängt nicht nur am
48 Klienten oder der Klientin, ich muss auch bei mir eine Resonanz spüren von dem, was mir der Klient
49 oder die Klientin erzählt. Und ich denke, die Entscheidung zum Fortführen gelingt leichter, wenn die
50 Resonanz auch auf Klientenseite so quasi bemerkbar wird. Also das, was ich sage, auch entweder
51 verstanden wird oder eben Gefühle oder in dem Sinn lautes Nachdenken, Explorieren der Situation
52 auslöst.
53

54 I: Und haben Sie da schon mal erlebt, dass für Sie die Resonanz durchaus vorhanden gewesen wäre, aber

55 Sie sich gedacht haben: Irgendwie hab' ich das Gefühl, beim Klienten ist das nicht – also nicht, dass er es
 56 selber anspricht – sondern dass Sie das Gefühl hatten?

57

58 T: Hin und wieder ja. Hin und wieder ja. Solche Abbrüche, die innerhalb der ersten fünf Einheiten
 59 passieren würden, sind sehr selten, aber, aber auch dann sehr bestimmt. Also das ist dann tatsächlich eine,
 60 schnell eine Gewissheit darüber zu bekommen. Wenn man das anspricht, dann stellt sich dann heraus, es
 61 ist vielleicht unangenehm auf beiden Seiten – es ist auch mir unangenehm gelegentlich, nachzufragen, ob
 62 das jetzt eigentlich gut geht oder ob es nicht so gut geht – und trotzdem, also wenn das angesprochen
 63 wird, dann gibt's die Klärung sehr schnell. (I: Mhm. Und wie wird dann weiter damit umgegangen?)
 64 Eben, eine Stunde wird mindestens dafür verwendet, und in der Regel ist es dann entschieden.

65

66 I: Und im Sinne von Weitervermittlung oder andere Kontaktmöglichkeiten?

67

68 T: Empfehlung zu, also ich kann anbieten – für den Fall, dass so quasi Wunsch nach einem anderen
 69 Beziehungsangebot in Therapie besteht – kann ich sagen, ich könnt' drüber nachdenken, aber nicht so,
 70 dass ich das, also eine Strategie oder Adressliste vorbereitet in die Stunde bringe, sondern das wär' eher
 71 erst eine Frage, über die ich dann noch selber mal nachdenken müsst'. Nämlich, an wen [*Betonung*] ich
 72 z.B. dann vermitteln würde oder empfehlen würde. Ich bin da nicht sehr pauschal im Sinne von
 73 „Bereitstellen einer Liste“ und „Wenden Sie sich doch an die und die Gruppe oder an die und die Person“.
 74 (I: Sondern Sie würden dann gezielt?) Ich würd' dann eher nachdenken. Aber es kommt auch oft so –
 75 also bei den wenigen Malen, wo das der Fall ist, kann dann auch durchaus rauskommen – dass man dann
 76 das nicht von mir wissen will. Was ich auch verstehen kann. (I: Also dass der Klient sich dann selber.)
 77 Da muss sich der Klient so quasi von mir einerseits – ich sag' einmal – entfernen und würd' nicht
 78 unbedingt drauf Wert legen, justament von mir dann den Tipp für's Weitermachen zu bekommen.

79

80 I: Und falls es doch so ist – weil Sie gesagt haben, dann denken Sie nach – meinen Sie dann, was,
 81 welche?

82

83 T: Ob eine bestimmte Person vielleicht geäußerten Erwartungen eher entsprechen könnte. Nicht, dass ich
 84 dann weiß, wie diese Person drauf reagiert, aber z.B. dass dann ein Klient draufkommt, er will doch nicht
 85 mit einem Mann sondern mit einer Frau arbeiten – ganz simpel.

86

87 I: Mhm. Und was mich auch interessieren würde: Von Indikationsseite her, gibt's da irgendetwas, was
 88 Sie beachten oder bei Ihrem, bei dieser Richtung, die Sie anbieten, beachtet wird in Bezug auf
 89 Indikation?

90

91 T: Ich geh' wirklich davon aus, dass es, also, über das Beziehungsangebot zu einer arbeitsfähigen
 92 therapeutischen Beziehung kommen muss und nicht von einer Symptomatik und von einer bestimmten
 93 Diagnose – egal, nach welchem Diagnoseschema. (I: Also die Beziehungsebene spielt?) Ist eher das
 94 Entscheidende und nicht die Indikation nach ICD-10 irgendwas oder DSM-4 irgendwo, das ist ein
 95 peripheres Motiv dafür.

96

97 I: Und von Erfahrungsseite aus, gibt es Problemlagen oder Symptomatiken, wo Sie für sich sagen: „Da
 98 hab' ich die Erfahrung gemacht, mit dem kann ich besser arbeiten als mit dem“?

99

100 T: Es gibt, ja, es gibt eine interessante Kuriosität würd' ich fast sagen, die ich über die Jahre entdeckt
 101 hab': Ich hab' in der Mehrzahl weibliche Klienten, also Klientinnen, hab' da Vielfach die Erfahrung
 102 gemacht – und dass mag jetzt so quasi biographisches Thema sein, warum wann Leute in Therapie
 103 kommen, und jetzt eben Klientinnen kommen – aber es ist ein seltsames Ding, dass ich sagen könnt', der
 104 unerfüllte Kinderwunsch ist ein Traumthema. Da bin ich über die Jahre draufgekommen, hab' ich eine
 105 erstaunlich hohe Frequenz – relativ, zu der Gesamtzahl jetzt wieder von anderen Problemen. (I: Aber
 106 ohne, dass Sie das irgendwie propagieren?) Ohne dass es, das wissen die Klientinnen nicht, das stellt
 107 sich heraus im Zuge von Therapien. In mehrfacher Weise, so quasi, ich würd' jetzt sagen über eine
 108 Langzeitstatistik könnte man das belegen, dass das ein, nicht das erste Motiv ist, in Therapie zu gehen,
 109 aber erstaunlicher Weise – das mag in erster Linie mit eben so quasi Lebensabschnitt zu tun haben, in
 110 dem Therapie aufgesucht wird. Also insofern auch mit solchen Entscheidungen über die weitere
 111 Biographie kommt. Von daher würd' ich diese eigentümliche Indikation als, gehäuft nicht, aber doch als
 112 auffallend bezeichnen. (I: Aber durch Zufall bedingt und wo Sie dann aber wahrscheinlich viele
 113 Erfahrungen haben.) Wo ich dann sagen kann, [... *Aufnahme sehr undeutlich* ...] und hab', hab' also
 114 durchaus eine erstaunliche Erfolgsquote. Und die anderen jetzt so quasi Dispositionen, die sich oft
 115 einstellen als Problemlagen, die würd' ich sagen, sind gleich verteilt, also da gibt's keine besondere
 116 Häufung in der Form.

117
118 I: Mhm, mhm. Und gibt es etwas, wo Sie sagen: Da weiß ich einfach, mit dem kann ich halt nicht so gut
119 arbeiten – mit dieser Problemlage oder mit diesem, also ich sag´ jetzt mal z.B. mit depressiven oder mit
120 psychotischen Menschen? Gibt es da irgendwie?
121
122 T: Das würd´ ich eben nicht so generalisierend sagen wollen. Das ist, glaub´, ich wirklich eine
123 Beziehungsgeschichte. Und im Nachhinein gesehen ist es immer wieder die Frage, wie viel jetzt von
124 dieser speziellen Klientel – ich sag´ jetzt – am freien Markt ohne besondere Vermittlung überhaupt dann
125 vorkommen kann. Also da würd´ ich es eher im Fall von besonderen, eben Einzelsituationen her,
126 besonderen Lebenslagen her beurteilen, wo das schon ein Thema ist, auch schwere Beeinträchtigung,
127 psychische Beeinträchtigung. Aber das ist nicht – ich sag´ einmal – die Alltagsklientel, mit der ich in der
128 Regel arbeite.
129
130 I: Mhm. Also Überlegungen dahingehend, ob von Therapeutenseite aus mit dem Klienten oder der
131 Klientin gearbeitet werden kann, ist das mehr auf?
132
133 T: Das ist mehr auf die aktuelle Beziehung zu entscheiden, nicht eben symptomorientiert oder
134 diagnosebezogen.
135
136 I: Okay. Und welche Bedeutung hat für Sie der sog. erste Eindruck? Entweder schon beim Telefonat oder
137 dann.
138
139 T: Er hat eine sehr große Bedeutung, den will ich als sehr wichtig veranschlagen. Aber eben zur
140 Überprüfung dieses ersten Eindrucks oder zu dieser Entwicklung – das, was aus dem ersten Eindruck
141 werden kann – hab´ ich dieses Arrangement, das ich auch mitteile – ich sag´ jetzt einmal so eine handvoll
142 Sitzungen – das ist so der Stehsatz, den ich dafür verwenden würde. In diesen Sitzungen sollte sich
143 herausstellen, ob wir weitertun können oder nicht. Aber der erste Eindruck ist eben für diese Phase ganz
144 besonders wichtig.
145
146 I: Mhm. Also das gäbe es von Ihrer Seite aus nicht, dass beim Telefonat schon jemand abgewiesen wird –
147 mir fällt jetzt kein besseres Wort dafür ein – außer wenn Sie halt keinen Platz haben.
148
149 T: Am Telefon in der Regel nicht – von mir aus. Also das würd´ sich eher so als eine Entscheidung
150 herausstellen, ob dann jemand überhaupt kommt. Aber das ist noch nicht jetzt [... *Aufnahme sehr*
151 *undeutlich ...*] ich zu dem ersten Eindruck, von der Stimme, von der Anfrage her oder so hätte, sondern
152 es führt in der Regel mindestens zu einem Erstgespräch, und in diesem Erstgespräch kann sich dann eben
153 sowas wie ein erster Eindruck herausbilden, der dann aber – wie ich gesagt hab´ – über einen zu
154 vereinbarenden Zeitraum zu überprüfen ist.
155
156 I: Und gibt es überhaupt Gründe, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen?
157
158 T: Also ich würd´ jemand nicht nehmen, wenn jemand während der vereinbarten Stunden – ich sag´
159 einmal – unter Drogen ist oder in diesem Sinn nicht Verantwortung für das eigene Aufsuchen der
160 Therapie auch schon mittragen kann. (I: Da würden Sie das direkt ansprechen?) Da würd´ ich auch
161 sagen: Das ist jetzt (I: So geht´s nicht.), ja. (I: Noch andere Gründe?) Das könnt´ sich höchstens aus
162 diesen Beziehungsdynamiken entwickeln, wo ich dann sag´: „Wie ich die Situation hier wahrnehme,
163 glaub´ ich nicht, dass wir uns in der Weise verständigen können und wir können auch drüber reden, aber“
164 (I: Mit dieser Resonanz, die sich dann nicht einstellt?), da wär´s dann eben, genau, da wär´s auch
165 abzusehen.
166
167 I: Und kommt das vor in der, weil das könnt´ ja jetzt eher theoretisch sein, dass sich diese Resonanz nicht
168 einstellt?
169
170 T: Es kommt gelegentlich vor. Also nicht wirklich sehr oft. (I: Vor allem interessiert mich jetzt von Ihrer
171 Seite aus, dass Sie dann sagen: „Diese Resonanz stellt sich nicht ein und ich glaub´, wir können nicht gut
172 miteinander arbeiten.) Ja, ja, das ist – weiß nicht – über die Jahre gesehen vielleicht drei, vier Mal, wo ich
173 mich jetzt – also ohne lange nachzudenken – an höchstens drei oder vier Situationen erinnern kann, wo
174 ich dann g´sagt hab´: „Also ich glaub´, wir lassen´s besser“. (I: Mhm, weil sich auf Ihrer Seite diese
175 wichtige Resonanz nicht?) Ja oder weil eben das, was in diesem Beziehungsangebot passieren könnte,
176 sich meiner Einschätzung nach wirklich nicht einstellt, also dass auch nicht nur Resonanz vielleicht,
177 sondern auch jetzt, dass ich den Eindruck hab´, dass ich das wirklich versteh´. Und das würd´ ich auch
178 genauso sagen: „Also ich versteh´ das wirklich nicht“, und ich überprüfe dabei meine Aufregung in mir,

179 wenn ich so einen Satz formulieren muss. Wenn mein Unverständnis für mich spürbar wird und durch
180 das Ausdrücken dieses Satzes allein nicht weggeht, also nachhaltiges Unverständnis sich einstellt, also in
181 mir eine Resonanz dieser Art eher entsteht, dann muss ich das sagen und dann ist's auch wirklich gut,
182 aufzuhören.

183

184 I: Also ein eindeutiges Kriterium dann, dass das von Ihrer Seite eben nicht funktionieren wird? (T: Ja,
185 ja.) Mhm, mhm. Noch eine Frage zum Erstkontakt: Ich hab', beim Ausarbeiten der Theorie bin ich auf
186 eine Begriff gestoßen aus dem englischsprachigen Raum, nennt sich „Intaker“ – das sind spezielle
187 ausgebildete Beratungstherapeuten, die Erstgespräche mit potenziellen Klienten führen, dann aber
188 meistens eine anschließende Psychotherapie nicht übernehmen. Was halten Sie persönlich von dieser
189 Idee?

190

191 T: Das kommt mir aufs Erste suspekt vor, weil ich das wie eine Art – ein Bild, das mir einfällt – wie eine
192 Art Ambulanzfließband bezeichnen würde. Und so eine ambulante Fließbandarbeit, die aber zu keinen
193 nachhaltigen Produkten führt – wenn ich das Bild weiter nehm' – halt ich eigentlich für problematisch.
194 Das ist so eher wie anlocken und dann auf der Straße stehen lassen – auch wenn es „intake“ sein soll.

195

196 I: Okay, gut. Das war so ein bisschen zum Erstkontakt, jetzt einige Fragen zum Therapieprozess, also
197 wenn die Therapie schon läuft: Aufgrund welcher Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der
198 Therapie gut aufgehoben ist, ob es also für ihn passt?

199

200 T: Also ein durchgängiges Kriterium würd' ich in der Zeit sehen. Also Vereinbarung von Zeit, daher
201 auch faires Einhalten der Zeit, sowohl was pünktliches Kommen als auch innerhalb der Stunde
202 pünktliches Auskommen mit der vereinbarten Zeit betrifft. Ein gutes Kriterium ist die Zeit für mich
203 deshalb, weil die Klienten, mit denen es passt, eben mit der Zeit gut umgehen können, nicht extra Zeit
204 beanspruchen wollen – so quasi im Hinausgehen noch die eigentlichen Fragen stellen, die vorhin in der
205 vereinbarten Zeit nicht stattgefunden haben oder: „Übrigens, noch eine Bemerkung ...“ oder dergleichen
206 mehr anbringen müssen – also das Zeitmanagement mittragen können. Das wär' ein Kriterium an der
207 Stelle für mich. Ohne dass wir über die Zeit dadurch reden müssen, sondern dass das eben dann, in der
208 Zeit zu arbeiten. Und, ja und dabei dann alle möglichen Prozesse erfahren können, von intensiven
209 Gefühlen bis zu gemeinsamem – kurzem in der Regel – aber doch auch gemeinsamem Schweigen oder
210 Nachdenken über die Situation oder eben auf-sich-selbst-aufmerksam-werden, aber in der Zeit – das ist
211 das Hauptkriterium für mich. (I: Und wenn ein Klient dieses Zeitmanagement nicht schafft, was passiert
212 dann?) Dann versuch' ich, das anzusprechen in der Regel, also was es schwer macht, entweder pünktlich
213 zu sein – wobei ich dazu sagen muss, ich hab' auch eine Vereinbarung über einen Zeitpuffer was den
214 Stundenbeginn betrifft, weil ich weiß, es gibt Verkehrsbetriebe, die im Winter vielleicht nicht immer so
215 pünktlich die Leute dorthin transportieren, wo sie sein wollen, also das ist nicht das Kriterium dabei –
216 aber so quasi wäre es so, dass jemand notorisch überzieht – sei es den Beginn, durch ständiges Zu-spät-
217 kommen, oder eben Überzieht was den Zeitrahmen am Ende betrifft – das wäre für mich also wichtig
218 auch anzusprechen. (I: Und wenn sich durch das Ansprechen dann nichts eigentlich verändert?) Dann
219 würd' ich eine zeitlang eben versuchen diese – wenn man so will – Verantwortung für den Rahmen
220 stärker selber zu gestalten und zu übernehmen, also indem ich dann sage: „Wir haben noch fünf Minuten,
221 versuchen wir, zu einem Ende zu kommen.“ – In der Richtung kann ich das normalerweise auch dann
222 stärker mitgestalten, aber die gelungene Beziehung ist eben auch dadurch gekennzeichnet, dass das eben
223 nicht eine einseitige Delegation von Verantwortung ist, wer die Zeit bestimmt und so quasi darüber
224 entscheidet. Es passiert aber im umgekehrten Fall auch gelegentlich, kann ich genauso sagen, dass ich im
225 Wissen, die Zeit zu überschreiten, das angesprochen hab' um zu sagen: „Aber wir können heute noch
226 zehn Minuten länger machen, weil ich das jetzt noch hören und verstehen möchte, was da jetzt gerade
227 aufgekommen ist.“ Also das ist jetzt ganz sicher nicht der Regelfall, aber es ist sicher auch eine Variante,
228 an die ich mich gut erinnern kann, dass ich sagen kann, dass ist eben auch eine praktische, reale Situation
229 schon.

230

231 I: Aber für die Beziehung meinen Sie – zwischen Ihnen beiden – ist dieses Zeitmanagement ein wichtiges
232 Kriterium? (T: Genau, genau.) Gab's das schon mal, dass das so ausgeartet ist, dass es zu, dass es für Sie
233 zuviel war?

234

235 T: Zuviel im Sinn von, dass Klientinnen oder Klienten nicht darauf achten und – ich sag' einmal – kein
236 Gefühl dafür entwickeln, was jetzt so quasi die eigene Position innerhalb dieses Zeitrahmens ausmacht,
237 das schon. Aber es ist nicht sehr oft. Ich geh' davon aus, dass das eben gelingt, also ein Kennzeichen
238 einer guten therapeutischen. (I: Also es ist noch nie passiert, dass es dann zu einem Abbruch gekommen
239 ist?) Nein, nein, nicht zu einem Abbruch, das nicht, sondern das muss dann eben auch, soweit ist es auch
240 meine Verantwortung, dass auch anzusprechen und das ist nicht der Grund für einen Abbruch oder

241 jemand, der sich dann nicht daran hält, wenn das thematisiert ist oder das dann noch immer ignoriert oder
 242 sich drüber hinwegsetzt – sicher nicht.
 243
 244 I: Und hat's schon mal Fehleinschätzungen gegeben im Laufe der Therapie, dass es eben, also wo Sie
 245 sich am Anfang dachten: Wir werden gut miteinander arbeiten können, aber es hat sich dann verändert?
 246
 247 T: Ja, gelegentlich ja. (I: Können Sie da ein bisserl Beispiele nennen?) Das ist, ich muss es insofern jetzt
 248 so quasi nur auf gelegentlich beschränken, weil ich wirklich glaub', dass es nicht so oft vorkommt bei
 249 mir. Und dazu muss ich vielleicht auch sagen, dass ich so quasi zur Bestätigung dieser Auffassung, die
 250 ich da jetzt sag', erstaunlich viele auch, jetzt könnte man sagen, sowas wie Langzeitklientinnen und
 251 -klienten begleite. Also wo das eben nicht als Kurzzeittherapie weder vereinbart ist noch sich herausstellt,
 252 das könnte eben sehr bald wieder vorbei sein – und wenn dann die Beziehung ganz schlecht ist, noch
 253 schneller, weil es eben ein Abbruch ist – sondern es wird eher ein Art stabile Beziehung, die sich
 254 durchaus auch als nachhaltig in Bezug auf ihre Dauer herausstellt. Und drum ist dieses Abgebrochen-
 255 werden oder dieses Fehleinschätzen sehr selten. Also ich mach' gelegentlich auch Paartherapie, und am
 256 Beispiel von Paartherapien könnt' ich jetzt sagen, da ist es manchmal so, dass da meine Einschätzung
 257 daneben liegt, also (I: Im Sinne von „wir können miteinander“?) da können wir miteinander und ich
 258 denke, dass könnte auch lange gehen oder sich entwickeln, und dann stellt sich heraus, dass es entgegen
 259 dieser Annahme doch nicht so gut geht, sei es, weil der eine Partner oder der andere Partner doch nicht
 260 dann weitertun will – und ob das jetzt an der Beziehung zu mir hängt oder an der Beziehung zwischen
 261 den Partnern, die da in der Paartherapie sitzen – und das auch noch angesprochen wird, aber diese, dies
 262 sind eigentlich diese typischen Fehleinschätzungen, also da ist die Dynamik anders als in der
 263 Einzeltherapie und die Dynamik ist dann auch schwerer einzuschätzen, wie sehr jetzt tragfähig eben an
 264 der therapeutischen Beziehung festgehalten werden kann. (I: Weil's ja um zwei Personen geht.) Ja.
 265
 266 I: Und was passiert dann, wenn das dann auftritt?
 267
 268 T: Es wird kurz angesprochen, und in der Regel – eben, das ist ja das Überraschende daran – kurz
 269 angesprochen und in der Regel erfolgt die Entscheidung meist auf Klientenseite. Also die würden dann
 270 auch absagen oder würden mich telefonisch wissen lassen, dass sie das nicht fortsetzen wollen und
 271 würden sogar Gründe nennen. (I: Mhm. Also von Ihrer Seite aus noch nicht der Fall?) Das war eben
 272 meine Fehleinschätzung, ich hätt' eben gedacht, ich hätt's weiter tun können (I: Ach so meinen Sie.), ich
 273 hätt' das fortsetzen können und die Fehleinschätzung war eben genau das: Es wird noch weitergehen,
 274 wird noch Zeit brauchen, wird sich noch entwickeln, wird sich noch irgendwo hinbewegen, und siehe da,
 275 die Überraschung liegt dann darin, dass das dann eben mit einem Telefonanruf oft beendet wird.
 276
 277 I: Und wirklich aktiv von Ihrer Seite aus, dass Sie eben das Gefühl hatten, irgendwie.
 278
 279 T: Einmal, oder vielleicht noch ein zweites Mal, wo ich sag': „Okay, das war eine Fehleinschätzung, es
 280 ist besser, das bleiben zu lassen.“ (I: Und wie haben Sie das dann bemerkt, also was waren dann für
 281 Gründe?) Wenn ich's wieder auf die Zeit bring': Dass sich das vorhandene Angebot an zeitlichem
 282 Rahmen auch nicht ausfüllen lässt. Also so quasi: Man hat sich nichts zu sagen. Man hat sich nichts zu
 283 sagen auf beiden Seiten. Und wenn man das bemerkt – also ich hab' weder etwas selber zu sagen, noch
 284 mir kann etwas gesagt werden, also diese Art von Sprachlosigkeit auftaucht – wär' dann der Indikator
 285 dafür zu sagen: „Das kann's wohl nicht sein. Das ist nicht der Sinn unserer Zusammenkunft, nicht
 286 miteinander sprechen zu können oder nichts sich zu sagen zu haben und nicht zuhören zu können, weil
 287 eben nichts gesagt wird.“
 288
 289 I: Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebotes,
 290 besonders auch im Hinblick auf die drei Kernvariablen des personenzentrierten Ansatzes?
 291
 292 T: So wie ich's bis jetzt gesagt hab': Ganz hoch. Also das Charakteristikum dieser Therapie scheint mir
 293 eben in der Beziehungsqualität zu liegen und die, die Umsetzung jetzt oder Verwirklichung von
 294 Aufrichtigkeit im therapeutischen Kontext ist enorm schwer, aber eben Qualitätsmesser für das, was da
 295 passieren kann. Akzeptanz ist notwendige Basis für was immer da kommt. Und dieses Verständnis
 296 aufbringen können und das auch kommunizieren können, also Einfühlung und, und auch kommuniziertes
 297 Einfühlen – also nicht nur jetzt: Ich kann's verstehen, aber niemand bemerkt's – halt ich für ganz wichtig.
 298
 299 I: Mhm, mhm. Ein bisschen haben wir's schon angesprochen, aber haben Sie's schon mal erlebt, dass Sie
 300 sich sehr schwer getan haben, diese wichtigen Variablen zu verwirklichen?
 301
 302 T: Das ist die Frage immer des eigenen Muts zum Risiko – am Beispiel eben, wo man merkt, das geht

303 nicht – wie sehr man bereit ist, da diesen möglichen Blockaden aus dem Weg zu gehen oder eben sie
304 anzusprechen. Also sich so quasi, sich selber gegenüber auch treu bleiben, das ist Aufrichtigkeit. (I:
305 Wenn Sie's dem Klienten gegenüber ansprechen, dass Sie sich da jetzt schwer tun, ihn zu verstehen?)
306 Genau, genau ja. Das heißt aber, auch mir gegenüber treu bleiben, dass ich auch nicht mein Gefühl
307 diesbezüglich verleugne und merke, da stimmt irgendwas nicht, aber ich zeig's nicht, dass ich diese Frage
308 habe.

309
310 I: Und kann es vorkommen, dass es so intensiv wird, dass ein Zusammenarbeiten schwierig wird oder
311 nicht fortsetzbar ist?

312
313 T: In den, in diesen ganz wenigen Malen, die ich da angesprochen hab' [... Aufnahme sehr undeutlich
314 ...], spätestens dann muss es so formuliert werden oder ist es dann auch so formuliert worden.

315
316 I: Mhm, mhm, okay. Wenn ich Ihnen jetzt das Statement sage: „Passung zwischen Therapeut und
317 Klient“, was heißt das für Sie, was stellen Sie sich drunter vor, was ist da für Sie wichtig?

318
319 T: Es ist für mich sowas wie die Vorstellung von angemessenem Verständnis zwischen beiden, also dass
320 ist sowohl eine Art Interesse – eben auch waches und nachhaltiges Interesse – und von daher eine Art
321 Wechselseitigkeit. Ich würd' sagen in der Wertschätzung, nicht in den inhaltlichen, also nicht Inhaltlich.
322 Ich kann durchaus andere, eben in der Regel andere Probleme anschauen, anhören und mitreflektieren,
323 als ich selber in der Situation hineinbringen würde – das ist ja nicht das Thema. Aber eben in dieser Art
324 von wechselseitiger Wertschätzung, Respekt in der Therapie.

325
326 I: Gut. Haben Sie schon mal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, mit diesem Klienten fühle ich mich nicht
327 sehr wohl? Entweder zu Beginn oder dann im Verlauf der Therapie, dass da irgendwas entstanden ist
328 oder sich irgendwas ereignet hat oder angesprochen wurde, dass dieses Gefühl entstanden ist.

329
330 T: Ja, ja, durchaus. Selten, aber durchaus. Wobei dieses Nicht-wohlfühlen sich dann auch meist
331 ansprechen lässt, im Sinn von – ich sag' mal – wachsende Unruhe sein kann. Und dann ist eben die
332 Frage, ob es besprechbar wird oder nicht. Es geht ja nicht darum: Ich muss mich ständig wohlfühlen und
333 wenn es nicht der Fall ist, ist die Therapie beendet, sondern es geht darum, insofern auch meiner Intuition
334 zu trauen, dass in diesem Nicht-Wohlfühlen vielleicht noch etwas verborgen ist, was man erst selber
335 entdecken muss, gemeinsam mit dem Klienten auch ansprechbar. Also – weiß ich – ein Klient, der in
336 Krankheit, organische Krankheit ein Leben hatte und mir in dieser Form Unruhe bereitet hat, auf die ich
337 zwar aufmerksam geworden bin, aber wo ich gemerkt habe: Wie könnt' ich da etwas davon verstehen,
338 wenn ich's nicht ansprech'. Es hat sich dann herausgestellt, dass diese Situation auch wohl angesprochen
339 wurde, dann auch zu einer Therapieunterbrechung geführt hat, de facto dann auch zu einem Abbruch –
340 nach einer gewissen Zeit – und im Nachhinein hat sich herausgestellt – nachdem der Klient gestorben ist
341 – ich von anderer Seite erfahren habe, was da noch an Krankheit im Spiel war, wovon ich zuwenig
342 gewusst hab'. Also diese Art von Unruhe und Nicht-Wohlfühlen kenn' ich auch.

343
344 I: Okay, mhm, ja, ja. Ich hab' auch vor allem besonders sehr intensives Nicht-Wohlfühlen – also nicht
345 nur: Okay, heut' fühl' ich mich grad nicht so wohl mit dem Gegenüber – sondern ich bin da beim
346 Ausarbeiten der Diplomarbeit auf ein Beispiel gestoßen, wo eine Therapeutin gesagt hat, da wurden
347 Themen angesprochen, und Sie konnte dem Klienten dann nicht mehr so zur Verfügung stehen. – Das
348 mein ich mit Nicht-Wohlfühlen, dass was aufgetreten ist plötzlich und sie dann von Therapeutenseite aus
349 nicht mehr arbeiten konnte mit dieser Person, weil dieses Gefühl so intensiv wurde.

350
351 T: Nein, nein, das könnt' ich für mich jetzt nicht sagen, diese Art. Das war eher – wie gesagt – eine
352 organische Geschichte, die, von der ich gewusst hab', aber zuwenig gewusst hab', wie folgenschwer das
353 ist. Also, es war nicht Selbstmord, um das gleich dazuzusagen, es war eben eine Erkrankung, die im
354 Endeffekt eben dann auch zum Tod dieses Klienten geführt hat, was ich dort nicht wusste – der Klient
355 offensichtlich auch nicht in der Form. Und im Nachhinein könnt' ich sagen, dass war etwas, was ich dort
356 vielleicht über Ahnung oder sonstwas, nicht-wohlfühlen bemerkt hab'. Sonst nicht, dieses andere würd'
357 ich sagen: Nein. (I: Und prinzipiell könnten Sie sich vorstellen, dass es da etwas gebe?) Nein, nein.

358
359 I: Okay. Haben Sie sich schon einmal gedacht, ein bestimmter Kollege oder eine Kollegin könnte mit
360 dieser Symptomatik oder mit dieser Problemlage des Klienten oder der Klienten besser umgehen?

361
362 T: Ja, durchaus. Also nicht jetzt ständig und nonstop, aber dass ich mir durchaus denken kann: Da gibt's
363 – also nicht viele aber wenige – Kolleginnen oder Kollegen, die das durchaus auch gut könnten und
364 vielleicht auch. Also nicht, dass ich die jetzt in dem Sinn: „Gehen Sie doch besser zu Herrn oder Frau

365 Soundso“ eine Weiterempfehlung auf den Lippen hätte, aber trotzdem mir vorstellen kann, da gibt’s
366 sicher Leute, die da auch Erfahrungen haben. (I: Aber nicht so, also die Zusammenarbeit zwischen Ihnen
367 beiden geht dann trotzdem weiter?) Ja.
368
369 I: Ja, wir haben alles abgedeckt. Danke schön. (T: Gerne.)

Transkript Personenzentrierte Psychotherapeutin G

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: Vorweg mal ein herzliches Dankeschön, dass Sie sich die Zeit nehmen für dieses Gespräch. (T: Gern.)
2 Zuerst mal kurz einige Fragen zu Ihrer Person, natürlich dann sehr anonym gehalten und dargestellt. Wie
3 lange sind Sie schon als Psychotherapeutin tätig bzw. wie lange in der Psychotherapeutenliste?

4
5 T: Ein bisserl über zehn Jahre, so zehneinhalb Jahre jetzt.

6
7 I: Wenden Sie neben dem Personen- bzw. Klientenzentrierten Ansatz – also ich verwend´ sie synonym,
8 die zwei Begriffe – noch ein anderes Verfahren an?

9
10 T: Ja. Also ich arbeit´ gern mit XXX, ich hab´ eine Weiterbildung in XXX, und ich hab´ eine XXX-
11 Ausbildung.

12
13 I: Und in welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeutin?

14
15 T: In freier Praxis – mit Kassenvertrag – und an XXX.

16
17 I: Und wie viel Klientenkontakt haben Sie ungefähr pro Woche?

18
19 T: 35. *[Ergänzung: Nach dem Interview fragte ich nach, ob sich dieser Klientenkontakt auf die Arbeit in*
20 *der freien Praxis bezieht, und die Therapeutin gab zur Auskunft: „Halb in freier Praxis und halb in*
21 *XXX.“]*

22
23 I: Okay, gut, das waren so die Eingangsfragen. Jetzt ein bisschen zum Erstkontakt. Wenn ein Klient zu
24 Ihnen zum Erstgespräch kommt – oder auch vorweg schon am Telefon – was wollen Sie dann über den
25 Klienten erfahren, worauf achten Sie dann besonders, was ist Ihnen da wichtig?

26
27 T: Mhm. Ich acht´ einmal darauf, wie der Erstkontakt überhaupt ist – am Telefon bereits, oder ob ich ein
28 Mail bekomme – und achte auch darauf, wie das Mail geschrieben ist und wie der Erstkontakt am
29 Telefon verläuft. Und dann, wenn der Klient hier hereinkommt, achte ich einmal auf diese ersten
30 nonverbalen Signale, die er aussendet. Ja, und im Lauf des Gesprächs versuch´ ich mir dann so ein
31 ganzheitliches Bild zu machen, und dort nachzufragen, wo ich merk´, ich brauch´ noch Information. Also
32 am Anfang frag´ ich auch nach – Lebensgeschichte und so weiter. Also Lebensgeschichte des Klienten ist
33 mir ganz wichtig, besonders die erste Phase, die ersten drei Jahre. Und auch aktuelle, die aktuellen Dinge,
34 die momentan sind, warum jemand in Therapie kommt, was so die Vorstellung ist von Therapie und was
35 das Ziel wäre.

36
37 I: Okay. Im Hinblick auf Indikationsentscheidung, gibt´s da auch Überlegungen, also: Ist der Klient
38 indiziert, für das, was Sie anbieten? Oder, ich weiß nicht, spielt das eine Rolle?

39
40 T: Ich versuch´ schon abzuklären, was sich der Klient erwartet. Manchmal kristallisiert sich das aber
41 auch erst nach einigen Sitzungen heraus, das ist manchmal am Anfang gar nicht so klar. Und auch: Was
42 stellt sich jemand unter Psychotherapie vor. – Da kommen Menschen mit völlig unklarer Erwartung, und
43 das versuch´ ich abzuklären am Anfang, weil ich die Erfahrung hab´, wenn das nicht abgeklärt wird,
44 hängt´s dann später. (I: Mhm, wobei´s halt nicht unbedingt gleich im Erstgespräch so klar ist?) Ja, gut, im
45 Erstgespräch, das Erstgespräch kann sich auch über längere Zeit ziehen, also über zwei, drei Sitzungen
46 auch, das heißt nicht unbedingt, dass das ein Gespräch ist – bis die Dinge abgeklärt sind.

47
48 I: Okay, und wenn es dann nicht passen sollte, wie gehen Sie dann vor? Oder was spielt dann eben eine
49 Rolle, dass es nicht passt?

50
51 T: Es kann sein z.B., dass ich merke, dass jemand eine wirklich ganz schwierige Störung hat – ich sag´s
52 jetzt einmal so, das wird ja im Personenzentrierten Ansatz nicht so differenziert – wo jemand wirklich
53 sehr viel *[Betonung]* braucht und ich merk´, ich hab´ jetzt zu wenig Kapazität, verweis´ ich dann weiter.
54 Oder ich nehm´ denjenigen, wenn ich wieder Kapazität hab´, weil vom Aufwand her, jemand mit einer

55 schwierigen Problematik braucht einfach mehr – möglicherweise Stunden, die eingeschoben werden
56 müssen oder mal einen Telefonkontakt – und danehm´ ich nur eine gewisse Anzahl an Patienten, um
57 mich da halt auch nicht zu überfordern. Also da überweis´ ich dann weiter. Oder es gibt auch
58 Problematiken, wo ich dann auch weiterverweise, die ich in der Privatpraxis nicht übernehme, vielleicht
59 in der XXX schon, aber nicht in der Privatpraxis. Also jemand mit einer massiven Gewaltproblematik mit
60 sadomasochistischen Tendenzen, das übernehm´ ich nicht in der Privatpraxis, das tu´ ich nicht.
61
62 I: Okay, gibt´s da vielleicht noch andere Störungsbilder, wo Sie eben sagen: „Da weiß ich, damit möcht´
63 ich nicht arbeiten in freier Praxis“, oder aus Erfahrung, dass Sie mit einem besser umgehen können als
64 mit einem anderen Störungsbild?
65
66 T: Na das ist so eigentlich, also das würd´ ich als Hauptkriterium, also so wenn jemand für sich eine
67 massive Gewaltproblematik hat, das tu´ ich mir in der freien Praxis nicht an. Wobei ich da schon auch
68 differenzier´ zwischen Männer und Frauen. (I: Aha, kann man sagen, bei einem Geschlecht ist es
69 stärker?) Na ist es leichter zu handhaben, also ich glaub´, dass ich mit einer Frau dann besser arbeiten
70 kann als mit einem Mann, der eine Gewaltproblematik hat, hier in der freien Praxis. Das kann einfach im
71 Lauf der Psychotherapie zu Schwierigkeiten führen, die ich mir hier nicht antu´, weil die
72 Sicherheitsbedingungen nicht da sind.
73
74 I: Verstehe. Also das wäre so ein Kriterium der Auswahl von vornherein? (T: Mhm, ja.) Gibt´s da noch
75 andere Überlegungen dahingehend, ob eben von Ihrer Seite – von Therapeutenseite – aus mit einem
76 Klienten gearbeitet werden kann? Irgendwie andere Dinge, die eine Rolle spielen?
77
78 T: Ja, es muss zumindest die grundsätzliche Bereitschaft da sein, dass ich mich verändern möchte und
79 dass ich etwas verändern möchte. Wenn das nicht vorhanden ist, kann´s sein, dass das im Lauf der
80 Therapie auch kommt (I: Auf Klientenseite?), auf Klientenseite, ja, aber wenn jemand sagt, nach der
81 zehnten Stunde: „Eigentlich will ich gar nichts verändern“, dann frag´ ich mich oder denjenigen, was er
82 wirklich will. – Hatte ich jetzt einmal vor kurzem, und da haben wir jetzt beschlossen, diese Therapie
83 abzuberechnen. Also das ist für mich ein Grund, die Therapie auch abzuberechnen. (I: Haben Sie das von
84 Ihrer Seite aus angesprochen?) Ich hab´s angesprochen, ja. Weil ich glaube, dass sonst die Frustration
85 von beiden Seiten so steigt. (I: Wie ist der Klient oder die Klientin damit umgegangen?) Ja, eigentlich
86 ganz gut. Sie hat´s auch gespürt, dass es anscheinend so jetzt nicht passt. Und wichtig ist für mich, da
87 keine Schuldzuweisungen, sondern es passt halt jetzt nicht – also auch den Mut zu haben,
88 weiterzuverweisen.
89
90 I: Okay. Und gibt´s da von Ihrer Seite aus dann Kontaktadressen, die Sie zur Verfügung stellen oder wie
91 wird denn das gehandhabt?
92
93 T: Wenn das jemand will, aber eher nicht, eher nicht.
94
95 I: Mhm. Die nächste Frage ist ein bisschen ähnlich: Welche Kriterien spielen eine Rolle im Hinblick auf
96 die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie? Also vielleicht können Sie da noch ein bisschen was
97 dazu sagen, was zwischen ihnen beiden eben.
98
99 T: Ich denk´ mir, das ist von Person zu Person ganz verschieden. Ich hab´ schon Situationen gehabt, wo
100 ich mir gedacht hab´: Also das wird vielleicht nichts, also wo ich so nach der dritten Sitzung das Gefühl
101 gehabt hab´: Naja, das klappt, und das hat sich dann ganz gut angelassen. Wo ich bei jemandem gemerkt
102 hab´, dass das nach der vierten, fünften, wo ich mir zuerst gedacht hab´: Naja, das ist super, wo ich
103 g´merkt hab´: Naja, da hängt was. Und ich versuch´ das dann anzusprechen, oder ich sprech´s an – und
104 das kann sich auflösen, und wenn´s aber nicht auflösen ist, wär´ das z.B. ein Kriterium, gemeinsam zu
105 besprechen, ob die Therapie beendet werden soll. Also ich denk´ mir, das ist noch keine Therapie – das
106 ist die Anfangsphase für mich. (I: Kann man das als Probesitzungen oder Erstgesprächssitzungen
107 bezeichnen?) Ja, es würde noch, also für mich würd´s noch in die Erstgesprächsphase fallen. (I: Weil ein
108 Gespräch oft zu wenig ist, um diese Dinge abzuheben?) Ja, ja.
109
110 I: Und gab´s das schon, dass dann Klienten oder Klientinnen vor den Kopf gestoßen waren, wenn Sie
111 dieses Gefühl hatten, dass ihr beide eben nicht so harmoniert, wie´s wichtig wär´ für die Therapie?
112
113 T: Nein, ich glaub´, dass das dann auf beiden Seiten, also ich hab´s erlebt, dass das dann für beide Seiten
114 gepasst hat. Wichtig ist einfach, nicht den Patienten zu verletzen. Auch möglicherweise dann zu sagen:
115 „Ich merke, da ist etwas Schwierigeres, ich hab´ jetzt die Kapazität nicht“, also so in der Richtung – nicht
116 zu sagen: „Ich kann mit Ihnen nicht arbeiten“, also das geht nicht. (I: Mhm, also dass man da die richtige

117 Wortwahl findet.) Ja, genau. Also im Mittelpunkt steht der Klient.
118
119 I: Mhm. Und von den Problemlagen haben Sie eben gesagt, eigentlich nur dieses Gewaltpotenzial eher,
120 wo Sie sagen: „Das nicht in freier Praxis.“
121
122 T: Ja, weil das, aus einem einfachen Grund: Wenn diese Wut oder Aggression dann hochkommt, und auf
123 den Therapeuten oder die Therapeutin übertragen wird, ist das in der freien Praxis fast nicht handhabbar,
124 das geht nicht, das ist ganz schwierig. Also was auch so ist, was auch schwierig zu handhaben ist z.B. –
125 aber das kommt auch fast nie in die freie Praxis – jemand mit einer massiven, wo auch nicht genau die
126 Diagnose festgestanden ist zwischen Zwangsstörung und Schizophrenie, und man nicht ganz klar diese
127 Zwangsgedanken, die sich therapeutisch angehen lassen, also da auch zu schauen auf jeden Fall mit
128 einem Psychiater eng zusammenzuarbeiten – zu schauen: Wer kann welchen Part übernehmen.
129
130 I: Also ich hör´ da raus: Wirklich schwere psychische Störungen. (T: Ja, ich arbeit´ vor allem mit sehr
131 schweren psychischen Störungen.) Okay, mhm. Das wären dann so die Punkte für die Klientenauswahl,
132 eben diese zwei Beispiele?
133
134 T: Ja. Aber nicht nur Auswahl, sondern ob ich nicht noch, also ärztliche Versorgung mit hereinzieh´, ich
135 denk´ mir, das ist Verantwortung, das muss ich tun. (I: Gibt´s da Absprachen mit dem zuständigen
136 Psychiater dann?) Mhm, ja. Also Absprachen – ich bitte den Klienten, dass er dann sich entweder einen
137 Arzt sucht, falls er noch keinen hat – meistens haben sie ja einen Arzt oder waren schon beim Arzt – und
138 wieder den zu konsultieren, wenn diese Zwangsgedanken stärker werden, da muss man schauen, was
139 medikamentös auch zu machen ist, weil sonst kann ich nicht therapeutisch arbeiten. (I: Aha, gibt´s
140 Störungsbilder, wo das fundamental ist, dass jemand auch in Psychopharmakabehandlung steht?) Ja, auf
141 alle Fälle. (I: Damit die Therapie dann fruchten kann?) Genau, sonst kann man ja gar nicht arbeiten
142 teilweise, wenn das so ganz massiv ist. (I: Mhm, und da braucht´s den Arzt, weil ja nur der das
143 verschreiben darf?) Ja, als Psychotherapeut, also ich glaub´, dass man das wirklich trennen muss, auch
144 wenn ein Arzt ein Psychotherapeut ist, sollte man das trennen – Medikation und Psychotherapie – das
145 sollte nicht gemeinsam passieren.
146
147 I: Welche Bedeutung hat für Sie der sog. erste Eindruck? (T: Eine große, ja.) Sie haben´s vorher schon
148 gesagt, sie schauen sich eben an: „Wie erfolgt die Kontaktaufnahme, was wird preisgegeben.“
149
150 T: Mhm. Und worüber wird zuerst geredet? Wie redet jemand, redet er gleich sehr viel? Wie redet er
151 über die Dinge, die ihn betreffen? Was hält er zurück, was spricht er z.B. nicht an?
152
153 I: Okay. Beim Ausarbeiten der Diplomarbeit bin ich auf einen Begriff gestoßen, nennt sich „Intaker“,
154 kommt aus dem englischsprachigen Raum – das sind Beratungstherapeuten, die die Erstgespräche mit
155 potenziellen Klienten führen und dann aber meistens die Psychotherapie nicht selber übernehmen. Was
156 halten Sie persönlich von so einer Idee?
157
158 T: Ja, das wird, bei XXX wird das so gehandhabt. Das kommt drauf an, die Frage, warum man das
159 macht. Also in einer Institution ist es manchmal ganz sinnvoll, um einmal zu schauen, wo ist die
160 Problematik, braucht der überhaupt eine Psychotherapie, also so um das ein bisschen abzuchecken. Für die
161 Klienten, hab´ ich erfahren, dass das manchmal ganz schwierig ist, weil die doppelt das erzählen müssen,
162 und das ist für viele einfach zu belastend. Zuerst das Erstgespräch, und dann zur Psychotherapeutin
163 kommen und noch einmal und dann die Ärztin auch noch. Also bei der anderen Institution hab´ ich´s
164 auch so erlebt, da wird das auch so gehandhabt, dass das Erstgespräch jemand anderer führt. (I: Mhm,
165 aber für den Klienten oder die Klientin eigentlich eine schwierige Situation.) Ist teilweise belastend, ja,
166 weil´s zuviel ist.
167
168 I: Okay, das war mal so ein bisschen zum Erstkontakt, jetzt zum Therapieprozess: Aufgrund welcher
169 Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient oder eine Klientin in der Therapie gut aufgehoben ist, also
170 ob es passend für die Person oder für Sie beide ist?
171
172 T: Also bei den äußeren Rahmenbedingungen: Wenn jemand die Therapietermine einhält. Wenn jemand
173 nicht ständig verschiebt, oder die Termine weit hinausschiebt – es gibt Patienten, die sagen: „Ja, nächste
174 Woche kann ich nicht, erst übernächste Woche.“ Wenn jemand pünktlich kommt, also wenn jemand
175 immer wieder so zehn Minuten zu spät kommt, ist das auch für mich so ein Kriterium, das anzusprechen.
176 Ja, und dass die Themen tiefer werden, dass andere Themen zur Sprache kommen – Themen, die die
177 eigene Persönlichkeit mehr betreffen, weil die Gefühle dann auch langsam kommen, wenn also jemand
178 nicht mehr über die Gefühle redet, sondern die dann wirklich ausgelebt werden können oder gelebt

179 werden können im therapeutischen Prozess. (I: Mhm, weil das wahrscheinlich auch viel über die
180 Beziehung zwischen Therapeut und Klient aussagt?) Mhm. Trau´ ich mich, etwas zu zeigen – nicht nur
181 im stillen Kämmerlein wütend oder traurig zu sein – sondern auch hier in der Therapie das zuzulassen.
182 Oder auch z.B. Kritik am Therapeuten: „Heut hab´ ich mich nicht so wohl gefühlt“ oder so, das ist auch
183 eine Form der Beziehung. (I: Darüber wird auch ganz ehrlich gesprochen?) Ja, das wär´ für mich ganz
184 wichtig, so als Kriterium, dass da genug Vertrauen da ist, dass der Patient das auch äußern kann. (I:
185 Mhm, okay, interessant.) Also nicht nur so diese angenehme Seite der Therapie, so: „Ich werd´ so
186 hochgejubelt als Therapeutin“, sondern auch die anderen, die Kritik auszuhalten. Und das wieder in den
187 Therapieprozess einspeisen zu können, weil das ist ja auch ganz wichtig und hat mit dem Prozess und mit
188 dem Klienten zu tun.
189
190 I: Okay. Und – das passt vielleicht ein bisschen zum ersten Eindruck – hat es schon einmal
191 Fehleinschätzungen gegeben, also wo sie dann eben später dann schon nach mehreren Sitzungen – nicht
192 in diesen Anfangssitzungen – eben draufgekommen sind: Irgendwie, der erste Eindruck muss revidiert
193 werden oder wir können doch nicht so gut miteinander arbeiten – haben Sie da irgendwelche Beispiele,
194 ist das mal vorgekommen?
195
196 T: Ja, ein Beispiel hab´ ich, das war. Also, was ich sehr genau abfrage und was manchmal aber von den
197 Patienten nicht gesagt wird – das ist sehr heikel für mich – ist, wenn ein Therapieabbruch war, schon
198 einmal irgendwo, und ich frag´ ganz genau nach, warum dieser Therapieabbruch war und warum die
199 Klientin nicht wieder dorthin zurückgeht, wenn da eine Therapie gelaufen ist, weil das oft hineinspielt in
200 die weitere Therapie. Ich hab´ einmal eine Klientin gehabt, die einen massiven Therapieabbruch hatte –
201 bei einer Kollegin, die ich zufällig aus einer Ausbildungssituation gekannt habe, und ich gemerkt hab´,
202 wie diese Klientin massiv in die Abwertung geht dieser Kollegin gegenüber, also das war ganz schlimm.
203 Und auch Abwertung gegenüber Ärzten, also keiner kann ihr helfen. Da haben bei mir eigentlich schon
204 die Alarmglocken ein bisserl geschrillt, und eigentlich – so im Nachhinein – hätt´ ich dieses Thema noch
205 viel mehr am Anfang besprechen sollen. Da war´s auch dann ganz schwierig, das ist wieder zu einem
206 Abbruch gekommen – wieder aus dieser gleichen Situation, sie hat sich ganz was anderes erwartet und
207 keiner kann ihr helfen, also sie hat da wirklich wahrscheinlich von Therapeut zu Therapeut immer wieder
208 die gleiche Situation hergestellt. Eine sehr, sehr belastete Patientin, wo das nicht gelungen ist. (I: War der
209 Abbruch dann von Klientenseite aus, oder haben Sie das dann angesprochen?) Na wir haben miteinander
210 diesen – also eine Wahrnehmungsstörung hat sie g´habt, ganz massiv, also ein Wort in eine Waagschale
211 geworfen, was gefallen ist und das war auch nicht mehr revidierbar und es ist alles so verletzt. (I: Also
212 das macht das Arbeiten dann schwierig?) Ja, ganz schwierig alles. Es war so das Muster: Es kann mir eh
213 keiner helfen.
214
215 I: Mhm, also kann sowas durchaus passieren, wo´s vielleicht am Anfang ganz gut beginnt – oder wo man
216 das Gefühl hat: Wir passen gut zusammen – und dann stellt sich im Laufe der Therapie heraus.
217
218 T: Ja, ja. Also ich glaub´, die Falle ist dann, als Therapeut zu glauben: Ich bin jetzt diejenige, die helfen
219 kann. Das ist schon die erste Falle, sondern mal davon auszugehen: Hoppala, jetzt komm´ ich
220 wahrscheinlich sicher in das Muster hinein. (I: Der Therapeut bzw. die Therapeutin ist auch nicht
221 allmächtig.) Ja, genau.
222
223 I: Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebotes, auch
224 besonders – weil´s ja um die Personenzentrierte Psychotherapie geht – im Hinblick auf die drei
225 Kernvariablen. (T: Welchen Stellenwert das hat?) Genau, für Sie in der Therapie. Also ihr
226 therapeutisches Angebot an den Klienten.
227
228 T: Also ich halt es für ganz wichtig. Das ist für mich das Um und Auf.
229
230 I: Kann es sein – oder ist es schon vorgekommen – dass Sie sich gegenüber einer bestimmten Person
231 schwer getan haben, diese fundamentalen Variablen zu verwirklichen.
232
233 T: Also ich tu´ mir dann schwer, wenn ich merke, ah, was für mich schwer zu handhaben ist, wenn
234 jemand sehr viel unterdrückte Aggression in sich trägt und diese Aggression auf eine Ebene bringt, die er
235 sich aber nicht anschauen möchte. Dort wird´s schwierig, weil da die Aggression zwar spürbar wird und
236 ich bei mir merke, dass ich grantig werde, und wenn ich das dann aber anspreche und dann gesagt wird:
237 „Naja, ich hab´ aber kein Problem und ich brauch´ mich eh nicht verändern“ – da wird´s für mich
238 schwierig. Aber ich denk´ mir, da ist Therapie in dem Sinn gar nicht möglich, wenn jemand von Haus aus
239 sagt: „Ich will eigentlich keine Veränderung.“ (I: Mhm, weil das so die Basis ist?) Das ist eigentlich die
240 Basis jeder Therapie. (I: Und da fällt´s ihnen dann schwer, echt zu sein oder wie?) Na ich bin dann echt,

241 aber ich denk' mir, manchmal ist die Echtheit dann auch zu hinterfragen, weil ich kann dem nicht,
242 eigentlich denk' ich mir: „Was wollen'S denn eigentlich hier? Wenn Sie sich nicht verändern wollen,
243 dann suchen Sie sich was anderes.“ – Das war so der Impuls, weil ich dann einfach grantig werd'.
244 Manchmal denk' ich: Wenn ich auf Kassa arbeite, ich hab' da auch eine Verantwortung der Kassa und
245 den Kassenbeiträgen gegenüber, wenn dann jemand eigentlich nicht arbeiten will, nur sich „hutschen“
246 lassen, da merk' ich, dass ich grantig werde. Aber diese Echtheit kann ich dem Klienten nicht ungebremst
247 ins Gesicht schütten, also das geht nicht gut.

248
249 I: Hat das auch schon mal dazu geführt, dass Sie die Gesinnung des Klienten verändert haben, durch
250 dieses ehrliche Ansprechen? (T: Ist auch schon passiert, ja.) Dass der das dann erkennt: Hoppala.
251 (T: Passiert auch, ja.) Und dann geht's gut weiter?

252
253 T: Ja, ja. Also so Patienten, die z.B. ständig eine halbe Stunde zu spät kommen – bei einer
254 Kassentherapie, die eine dreiviertel Stunde plus fünf Minuten Dokayumentation dauert – da hab' ich
255 dann schon gesagt: „Das kann ich nicht verantworten, das müssen Sie jetzt schon selber zahlen, weil das
256 rechne ich jetzt nicht mir der Kassa ab.“ Das ist auch im Vorfeld besprochen, aber es gibt Patienten, die
257 an die Grenzen gehen, aber ich bleib' da wirklich ganz klar, und das hat dann oft zu einem Schub geführt,
258 so in die Richtung: Veränderung. Weil's ja ein Thema ist. (I: Und mit der Problemlage des Klienten
259 wahrscheinlich was zu tun hat?) Ja.

260
261 I: Also dieses Ansprechen – wirklich ehrlich – auch auf Therapeutenseite scheint sehr wichtig zu sein.

262
263 T: Ja, also ich halt das für ganz wichtig. Wobei, man muss nicht alles so ungebremst, sondern auch in
264 Worte fassen, wo's der Klient auch nehmen kann. (I: Hängt wahrscheinlich auch immer von der
265 individuellen Persönlichkeit ab.) Ja. Und auch immer wieder reflektieren, ob das jetzt was mit meiner
266 eigenen Geschichte zu tun hat, weil wenn ich mich gekränkt fühl' als Person, weil der so spät kommt –
267 das ist wieder eine andere Geschichte, die kann ich ihm nicht aufwerfen. Da muss ich mir das selber
268 anschauen – durch Eigenreflexion – oder wenn's wirklich massiv ist, muss man halt einmal ein paar
269 Therapiesitzungen wieder nehmen – auch als Psychotherapeut – wenn man da hängt, oder in Supervision
270 gehen.

271
272 I: Gut. Wenn ich Ihnen jetzt das Statement sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“ – was heißt
273 das für Sie, was bedeutet das für Sie, was können Sie sich drunter vorstellen, was spielt da ihrer Meinung
274 nach eine Rolle?

275
276 T: Also da fällt mir so ein Bild ein, wie so ein Puzzle – einer hat so eine Rundung und der andere ist so
277 ausgenommen – dass das zusammenpasst. (I: Ist eine gute Metapher.) Ich frag' mich, ob das, ich denk'
278 mir, bei manchen Klienten ist die Passung vielleicht am Anfang gleich mehr, besser als bei andern
279 Klienten und vielleicht so im Rahmen des Therapieprozesses, dass die Passung sich verändert – dass
280 kommt mir jetzt so. Und was mir noch einfällt: Jeder Therapeut passt nicht zu jedem Klienten und
281 umgekehrt, also ich denk' mir, dass ist auch ein Kriterium. Es ist sicher nicht zufällig, wer in Therapie
282 kommt.

283
284 I: Also da hör' ich raus: Die Persönlichkeiten passen nicht immer zusammen.

285
286 T: Mhm. Wobei, je mehr man arbeitet oder je mehr ich arbeite, desto mehr gelingt's mir, mich auf diese
287 unterschiedlichen Passungen auch einzustellen, indem ich – da krieg' ich wieder so ein Bild – nicht so ein
288 starres Puzzlestück bin, sondern eher so ein – wie soll ich sagen? – Plastilin. (I: Aha, Sie formen sich
289 dann an oder wie?) Ja, da krieg' ich so ein Bild zur Passung. Und manchmal passt's halt nicht, aber das
290 kann auch positiv sein für den Prozess, wo so die Ecken und Kanten einmal angesprochen werden – wo's
291 halt nicht passt. (I: Was aber nicht bedeutet: Wir gehen auseinander.) Nein, sondern wir schauen, wie das
292 jetzt weitergeht. Wobei ich glaub', dass das, am Anfang dass ich vielleicht so Plastilin bin für den
293 Klienten, und je mehr der Therapieprozess voranschreitet, ich auch immer härtere, schärfere Konturen
294 zeige. (I: Mehr so Ihr eigenes Therapeuten-Ich?) Ja, so die Konturen – ich denk' mir, dass das auch Platz
295 hat dann. Wenn jemand sehr verletzt kommt, ist es glaub' ich nicht sehr günstig, wenn ich so harte
296 Kanten zeige, da glaub' ich, ist eher so ein weiches Bett angezeigt, dass sich aber im Laufe des
297 Therapieprozesses auch ändern kann.

298
299 I: Okay, das heißt – kann man das so sagen, wenn Sie die Metapher „Plastilin“ nehmen – dass Sie sich da
300 ein bisschen einstellen auf die Persönlichkeit des Gegenübers?

301
302 T: Ja, ja. Also eher so in Richtung auffangend, stützend, bewahrend, um einmal eine Sicherheit zu geben,

303 dass ist wichtig besonders bei traumatisierten Personen, wo einfach Sicherheit einmal das Erste ist,
304 Sicherheit auch hier in diesem Raum, in dieser Praxis. Und dann auch in der Mitte der Therapie und auch
305 nachher dann diese Konturen mehr zu schärfen, wo auch dann der Ablöseprozess stattfinden muss.
306
307 **I:** Okay, also das war jetzt viel auf Beziehungsebene. Spricht für Sie selbst auch ein Rolle: Passung im
308 Hinblick auf – ich sag' s jetzt mal ganz ehrlich – passt das Verfahren zum Klienten? Haben Sie das schon
309 mal erlebt?
310
311 **T:** Ja, da variier' ich dann. (**I:** Ach so, weil Sie ja mehrere Ausbildungen haben.) Also ich variier' schon.
312 Ich merk', dass manche Klienten schon mehr brauchen, bei Kinder- oder Jugendlichentherapie arbeit' ich
313 gerne auch mit XXX, weil das manchmal sehr schwierig ist, wirklich „nur“ – ich mach's einmal unter
314 Anführungszeichen – zu reden. Das verunsichert manche. Das ist ein ganz guter Zugang, mal auf eine
315 andere Ebene zu gehen. Also ich arbeit' gern so. Was ich sehr wenig einsetze jetzt im Lauf meiner Arbeit
316 ist die XXX, das mach' ich wirklich nur ganz vorsichtig, weil da sehr viel hochkommt, ich verwend'
317 auch XXX Techniken – ist auch sehr hilfreich. Also ich mix da auch ganz bewusst Dinge herein, aber ich
318 biete sie personenzentriert an.
319
320 **I:** Aha, aber eben mit bestimmten Techniken aus anderen Verfahren, um ein Plastilin sein zu können.
321
322 **T:** Ja, ja. Ich biet' es an – ich sag' nicht: „Sie müssen das jetzt machen“, weil ich mir das einbilde –
323 sondern ich biet' s an, wenn dann der Klient sagt: „Na das mag ich jetzt aber nicht“, ist das auch okay für
324 mich. (**I:** Also Sie fragen, ob das in Ordnung geht für sie oder ihn?) Ja, genau. Ich sag' z.B.: „Ich hätt' da
325 eine Möglichkeit, ob wir uns das mal auf eine andere Art und Weise anschauen wollen“ – wenn der
326 Klient bereit ist, dann versuch' ich mal eine andere Technik, und wenn er nicht bereit ist, dann ziehe ich
327 mich wieder zurück. Wobei ja personenzentriert oder personenzentriert, da gibt's ja auch unterschiedliche
328 Ansätze: Es gibt ja den ganz „engen“ Weg, es gibt auch – wenn ich an Focusing denke, das ist ja ganz
329 massiv von der Körpertherapie beeinflusst.
330
331 **I:** Okay, aber wie Sie vorher gesagt haben: Es kann schon sein, dass ein Klient sich mit dem
332 personenzentrierten Verfahren ein bisschen schwerer tut (**T:** Ja, ja.), dann haben Sie selbst die
333 Möglichkeit, weil Sie andere Verfahren auch anbieten.
334
335 **T:** Es gibt Patienten – ich glaub', dass da sehr viel Reflexionsfähigkeit auch dazugehört, grad zum
336 personenzentrierten Ansatz, dass das vom Patienten schon einiges abverlangt und auch am Anfang
337 verunsichert. Und ich denk' mir, grad bei, also ich denk' da an einige Patienten, wo ich nicht so arbeiten
338 kann. (**I:** Also es passt nicht für jeden, kann man das so zusammenfassen?) Ja, mhm. Wobei ich die
339 Grundvariablen, also die halt ich schon für ganz wichtig. Und meine persönliche Meinung ist: das Eine
340 schließt das Andere nicht aus, weil die Personenzentrierte Psychotherapie immer den gesamten
341 Menschen im Fokayus hat, was bei anderen Therapierichtungen teilweise nicht so ist. Wenn ich an die
342 Verhaltenstherapie denke, die ist sehr stark symptomorientiert, die setzen die Beziehung ein, um diese
343 Mittel einsetzen zu können, das ist etwas ganz anderes.
344
345 **I:** Und Sie meinen, dieses Grundprinzip könnte man sich mitnehmen, wenn man jetzt, oder wenn Sie
346 dann eben was anderes anbieten.
347
348 **T:** Ich denk' mir, Personenzentrierte Psychotherapie ist eine Form der Haltung. Für mich ist es eine
349 Haltungsfrage, und für mich persönlich schließt das überhaupt nicht aus, dass ich andere Techniken mit
350 hereinnehme, aber das ist ganz meine persönliche Einstellung.
351
352 **I:** Okay. Haben Sie selbst schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, mit diesem Klienten oder
353 dieser Klientin fühle ich mich nicht wohl? Sei's schon bei den ersten Sitzungen oder dann irgendwie
354 später, im Verlauf des Prozesses.
355
356 **T:** Ja, ja hatt' ich. (**I:** Können Sie das ein bisserl beschreiben, was da passiert ist?) Das waren zwei
357 Klienten, an die ich denke, wo ich die Therapie auch beendet habe – nicht, indem ich gesagt habe: „Sie
358 sind nicht therapierbar“ oder so ähnlich, sondern indem ich das sehr vorsichtig gemacht habe. Einer mit
359 einer ganz massiven sadomasochistischen Gewaltproblematik und auch, wo sich so ein Beziehungswahn
360 herauskristallisiert hat, und ich gemerkt habe, dass das heikel ist in einer freien Praxis. Und ich da aus –
361 ich hab' mal ein Praktikum gemacht am XXX, und da ist mir das so als Lehrstück in Erinnerung: Der
362 Oberarzt wurde so massiv von einer Patientin mit Beziehungsproblematik verfolgt, und das ist eine ganz
363 heikle G'schichte, weil das kann dann teilweise auch gefährlich werden. Also die Patienten passen einem
364 dann ab und alles Mögliche. Und dieser Patient hat mich dann, also die Phantasie gehabt – ich hab's dann

365 auch in der Supervision ang'schaut – also der hat eine Problematik gehabt in diese Richtung, und das
366 hab' ich beendet. (I: Um sich selbst zu schützen?) Ja. Und beim anderen, der hatte solche eigenartigen
367 Wahnphantasien mit Projektion, also die Therapeutin als Hexe, die ihm die Haare wieder wachsen lässt –
368 er hatte eine Glatze, mit der er nicht fertig geworden ist, auch so eine wahnhafte Problematik – und das
369 hab' ich auch abgebrochen. (I: Ist das beides im Verlauf, also hat's da schon mehrere Stunden vorher
370 gegeben?) Ja, also bei dem Erstgenannten waren weniger Stunden, da hab' ich's relativ schnell gecheckt.
371 Bei dem Zweiten hab' ich länger gebraucht, das ist auch erst im Lauf der Therapie so wirklich präsent
372 geworden, wie er dann mit so eigenartigen Comics gekommen ist und – das hab' ich mir auch ang'schaut
373 in der Supervision – wo er dann so Phantasien hatte, also jemand, der ihn verletzt hat, dem legt er jetzt
374 eine Bombe unters Auto, also da hab' ich dann gedacht, das mach' ich nicht in der freien Praxis, da ist
375 zuwenig Schutz. Ich kann nur gut arbeiten, wenn ich keine Angst krieg' – also das geht dann nicht.
376

377 I: Und Sie haben das dann ehrlich angesprochen, diesen beiden Personen gegenüber? Oder, also wie –
378 das würd' mich jetzt interessieren – wie sie denen das vermittelt haben, dass ein Abbruch wichtig wäre.
379

380 T: Also bei dem Erstgenannten war's so, dass der einfach die Kassa dann gewechselt hat, der war zuerst
381 XXX und dann XXX, und die Kassa zahlt das jetzt nicht mehr, er kann sich jetzt überlegen, was er da
382 jetzt tut, aber er hat gesagt, Geld hat er keins und er wartet jetzt auf mich. Und das war so ein Indiz dann
383 für mich, dass ich da mit meiner Diagnose Recht hatte, dass das so in Richtung Beziehungswahn geht,
384 weil er hat dann regelmäßig angerufen und hat dann auch eine Arbeit in XXX angenommen, um wieder
385 bei mir Therapie machen zu können, und da ist mir ganz schwummrig geworden. Und ich hab' ihm
386 dazwischen gesagt, er soll sich jemand anderen suchen, ich hab' jetzt auch keine Kapazität frei, und
387 nachdem er nach einem Jahr noch immer angerufen hat, hab' ich mir gedacht: Na also jetzt. Ich hab' nur
388 gesagt: „Ich bin wirklich ausgebucht, und außerdem glaube ich, dass für seine Problematik ein
389 männlicher Therapeut besser wäre.“ Ich hab' mir das in der Supervision angeschaut und. (I: Und hat er's
390 dann verstanden irgendwann?) Ja, ich hoffe. Es ist noch nicht so lang her, ich hoffe, dass es jetzt
391 aufgehört hat. (I: Und bei der anderen Person?) Da war das eigentlich relativ unproblematisch, da hab'
392 ich angesprochen, dass ich glaube, dass er da mehr braucht, und er war sowieso bei XXX in Betreuung,
393 und der hat das eigentlich relativ gelassen genommen.
394

395 I: Okay. Also Gründe, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen, das haben wir eingangs schon besprochen,
396 das war das mit dem.
397

398 T: Gewaltproblematik oder Beziehungswahn. Also ich hab' einmal eine Überweisung gekriegt von einer
399 Kollegin, die gesagt hat, sie muss denjenigen unbedingt jetzt weitergeben, weil der stalkt bei ihrem
400 Fenster, und da hab' ich gesagt: „Danke nein, übernehm' ich nicht.“ (I: Also Klientenauswahl auch
401 eventuell ...) Vorher schon. (I: ... bevor irgendwie ein Kontakt entsteht.) Ja, ja. Also da wirklich, bevor
402 überhaupt ein Kontakt zustande kam. Ich hab' aber auch das Umgekehrte einmal erlebt, wo ich den
403 Erstkontakt am Telefon völlig falsch eingeschätzt hab', da hab' ich mir gedacht: Aha, der ist jetzt
404 wirklich voll betrunken, ganz eigenartig war das, sich aber dann im Lauf des Gesprächs noch
405 herausgestellt hat, dass der eine Schädelhirntraumaverletzung hat und aufgrund dessen die Sprache so
406 verwaschen war, und das war dann okay. Das allererste Gespräch war am Telefon ganz anders, weil ich
407 wirklich dachte: Der will mich jetzt pflanzen am Telefon – war ganz eigenartig, ich wollt' eigentlich
408 schon wieder auflegen – aber es war umgekehrt. Ist schon eine längerfristige Therapie jetzt geworden.
409

410 I: Da sieht man wieder, wie wichtig das Erstgespräch eigentlich ist, also dieser persönliche Kontakt.
411 Haben Sie sich schon einmal gedacht, ein bestimmter Kollege oder eine bestimmte Kollegin könnte mit
412 dieser spezifischen Symptomatik oder Problemlage eines Klienten besser umgehen?
413

414 T: Ich weiß es nicht. Ich sag' es ganz ehrlich: Ich weiß es nicht, wie die Kollegen arbeiten. Keine
415 Ahnung. (I: Also ist ihnen noch nie passiert, dass Sie sich gedacht hätten?) Ja, ich hoff', dass die eine
416 Klientin, die ich da jetzt beendet hab', dass die jemand anderen findet, der besser umgehen kann mit ihr.
417 Also ich konnt' nicht mit ihr umgehen, dass war etwas – passiert mir relativ selten, freut mich eh, dass
418 das relativ selten passiert, aber wenn's passiert, denk' ich mir: Ja, bin ich halt nicht die Richtige. (I: Wo
419 eben dann halt die Passung nicht so stimmt?) Ja, genau. Ich bin ja kein Übertherapeut. (I: Womit wir
420 wieder beim Allmächtigen wären.) Genau.
421

422 I: Okay, super, das war's eigentlich. Wir haben alles abgedeckt, vielen Dank. (T: Ja, ich danke auch.)

Transkript Klientenzentrierte Psychotherapeutin H

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: Okay, also vielen Dank noch mal, dass Sie sich die Zeit nehmen. Vorweg einmal einige Fragen zu
2 Ihrer Person, wobei ich das dann natürlich – sollten Namen einer Institution fallen oder so – dann wird
3 das natürlich anonymisiert dargestellt. Wie lange arbeiten Sie schon als Psychotherapeutin bzw. wie lang
4 sind Sie in der Therapeutenliste?

5
6 T: Also das Erste ist 1971, und das Zweite weiß ich nicht genau, aber ich glaube, ich bin unter den
7 Ersten, die eingetragen wurden. Es ist sicher im ersten Jahr, wo man sich eintragen lassen konnte. Also
8 ich gehör´ überhaupt zur allerallerersten Gruppe, die in Österreich die Ausbildung gemacht hat. (I: Die
9 Klientenzentrierte?) Ja.

10
11 I: Und wenden Sie neben diesem Klientenzentrierten Ansatz auch noch ein anderes Verfahren an?

12
13 T: Ja, ich bin auch XXX.

14
15 I: Okay. Und in welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeutin?

16
17 T: Hier, also im Kontext dieser XXX, im Prinzip – also das hat sich über die Jahre natürlich sehr
18 verändert – aber im Prinzip schwerste psychiatrische Diagnosen.

19
20 I: Mhm, und arbeiten Sie auch in freier Praxis?

21
22 T: Nein, nicht mehr.

23
24 I: Werden hier auch noch andere Verfahren angeboten?

25
26 T: Ja, XXX, XXX, und das ist es jetzt. Also früher waren wir wesentlich breiter gestreut.

27
28 I: Und wie viel Klientenkontakt haben Sie ungefähr pro Woche?

29
30 T: Meinen Sie jetzt Stunden oder Klienten, weil ich seh´ manche mehrfach in der Woche. (I: Aha, na
31 dann sagen wir Stunden.) Ja, da komm´ ich auf ca. zehn Therapiestunden.

32
33 I: Okay, das waren mal so die Anfangsfragen – allgemeiner gehalten. Jetzt hab´ ich einige Fragen zum
34 Erstkontakt: Also wenn ein Klient hier zum Erstgespräch kommt, vielleicht können Sie da kurz
35 beschreiben, wie da der Ablauf ist, also gibt´s da eine Person, die das führt – dieses Erstgespräch – und
36 dann wird, oder wie läuft das ab?

37
38 T: Der Ablauf ist so, dass der Klient sich, also der Klient selbst muss sich telefonisch oder persönlich
39 anmelden – Anmeldungen von Verwandten oder dritten Personen werden nicht akzeptiert – und er muss
40 über 18 sein. Dieser telefonische oder persönliche Erstkontakt wird von einem der Therapeutinnen oder
41 Therapeuten hier entgegengenommen – da gibt´s auch bereits erste klärende Fragen, also warum und
42 Vorbehandlungen, der Versuch einer Einschätzung, wie akut oder wie brennend halt die G´schichte ist –
43 weil man unter Umständen auch schon bei diesem Vorkontakt an andere Institutionen weiterverweist. [...
44 Aus Anonymitätsgründen wurden an dieser Stelle zwei Sätze nicht transkribiert. ...] Es gibt Leute, die
45 rufen bei uns an oder kommen zu uns, weil wir sozusagen weniger stigmatisiert sind, und dann muss man
46 aber trotzdem die Weichen dorthin stellen, wo sie hingehören. Und es hat keinen Sinn, dass ein Patient
47 fünf, sechs Wochen auf ein Erstgespräch wartet, wenn er in Wirklichkeit dabei ist, sich umzubringen.
48 (I: Also da wird weitervermittelt an entsprechende Stellen?) Ja, das wird sofort gemacht. (I: Das heißt,
49 am Telefon wird da schon so genau abgeklärt, wie geht´s demjenigen oder derjenigen?) Ja, das ist schon
50 ein Ziel, und darum macht das auch ein Therapeut und nicht irgendeine Administrativkraft.

51
52 I: Darf ich fragen, wie das dann funktioniert – gibt´s da eine Telefonnummer und wer dann da ist, hebt
53 ab, oder wie?

54

55 T: Das Telefon läuft im Sekretariat, und die wissen, wer jetzt Telefondienst hat. (I: Ach so, die sind also
56 die Ersten und verbinden dann weiter?) Ja, die verbinden dann. Sobald klar ist, dass es sich um einen
57 Erstgesprächswunsch handelt, verbinden die dann, und der hat dann eben auch Zeit ein bisschen und da
58 wird auch, entsprechend der Problematik versucht man dann auch gleich, also jeder von uns hat einen
59 Erstgesprächstermin pro Woche, und entsprechend der Problematik versucht man dann, gleich
60 einzuteilen. (I: Mhm, also da halten Sie sich vorweg schon diese Termine frei?) Die sind fix, ja. (I: Für
61 Menschen, die dann akut?) Jaja, die dann zum Erstgespräch kommen, und man hat auch eigentlich jede
62 Woche wen, außer den verlässt halt dann die Courage und er/sie kommt nicht. Und da gibt's also gewisse
63 – wie soll ich mich ausdrücken – Schwerpunkte, ein Kollege von mir macht XXX – nur als Beispiel –
64 oder wer anderer ist relativ hoch spezialisiert auf XXX, also wenn da was ist, oder wenn man vermuten
65 kann, dass der für XXX in Frage kommt, ist wieder wer anderer und so weiter. Also ich z.B. krieg immer
66 „die Alten“, also was sich deutlich verändert hat in den letzten 15 Jahren ist, dass wir deutlich mehr
67 Patienten über 60 haben, als wir je hatten. Und das mach' eigentlich dann hauptsächlich ich, was einfach
68 auch mit meinem Alter natürlich zu tun hat. (I: Das heißt, es wird da geschaut, dass das Alter des
69 Therapeuten zum Alter des Klienten passt?) Naja, dass es halbwegs glaubwürdig ist. Es hat keinen Sinn,
70 sie können nicht eine – weiß ich – 65-Jährige, wenn das quasi die Tochter sein könnt'.

71
72 I: Und bezüglich Indikationsentscheidung?

73
74 T: Die läuft dann anders. Also nach dem Erstgespräch, da nehmen wir uns gut eine Stunde Zeit – gibt's
75 auch einen Standard-Beschwerdebogen dabei – da gibt's jede Woche eine Teambesprechung, da wird
76 jeder Fall besprochen. (I: Im Team?) Im Team, und in der Regel wird da noch gar nicht jetzt entschieden,
77 was – also manchmal schon – aber meistens sozusagen diskutiert man den Fall und versucht also zu
78 klären, welche Punkte noch zu klären sind oder was noch offen ist. Sehr oft sind es auch – wie soll ich
79 sagen – Case-Management-Probleme, das heißt, man muss mit dem behandelnden Psychiater oder mit
80 der Sozialarbeiterin oder was auch immer reden, warum und wieso und weshalb. Ich hatte jetzt eine
81 Patientin, die hat eine Muskeldystrophie, da müssen wir erst mit dem behandelnden Arzt reden, wie er
82 den Verlauf z.B. einschätzt. Also das sind auch, wo man sich schon vom Patienten die Erlaubnis geben
83 lässt im ersten Gespräch, aber wo man doch versucht halt, also wo man dann halt Zusatzinformationen
84 beschafft. (I: Um noch mehr über die Person zu erfahren?) Naja, oder um Verlauf einzuschätzen. Also
85 die, sozusagen die Strategie nach außen und die Strategie nach innen – im Sinn der Indikationsstellung –
86 läuft in der Teambesprechung, in der Gruppe, was auch immer sehr interessant ist, weil es durchaus auch
87 unterschiedliche Meinungen gibt.

88
89 I: Und kann man sagen, dass es bestimmte Störungsbilder gibt – bei Klienten oder Klientinnen – und
90 dann entsprechend z.B. XXX oder Klientenzentrierte Therapie aufgrund der Problemlage vorgeschlagen
91 wird?

92
93 T: Nein, ich würd's von Störungen wenig abhängig machen, es ist mehr – würd' ich sagen – mehr das
94 Gesamtbild, das sich da abzeichnet. Ich glaub', es kommt bei uns selten jemand auf die Idee, ein junger
95 Patient/Patientin mit einer Borderline-Störung würden wir nicht primär in eine klientenzentrierte
96 Beratung schicken, sondern das ist mit größter Wahrscheinlichkeit, wenn man sich irgendeine Chance
97 verspricht, eine XXX Behandlung. Ich mein', wir schicken auch Leut' auf die Verhaltenstherapie, wir
98 schicken Leut' in stationäre Behandlung, wenn wir uns einfach nicht vorstellen können, dass das so geht.
99 (I: Also passiert das auch, Verfahren, die hier nicht angeboten werden, dann?) Natürlich, ja natürlich.
100 (I: Braucht's da sehr viele Vorgespräche vorher, oder kann man das relativ nach dem ersten schon
101 entscheiden, dass Sie z.B. sagen: „Verhaltenstherapie wär' da besser“?) Ja, also das passiert meistens,
102 sowas passiert dann schon eher schnell, außer es ist halt – weiß ich nicht – es gibt halt irgendwelche
103 besonderen Unklarheiten. Aber wenn man, also z.B. ein Herr, der heute zum zweiten Gespräch kommt,
104 der hat ein Alkoholproblem und ein schweres narzisstisches Problem, und das war z.B. ein klassischer
105 Fall, die Meinungen waren total geteilt – im Sinn von: zuerst muss der Alkoholismus behandelt werden
106 bzw. der Alkoholismus ist eine Begleiterscheinung des narzisstischen Problems.

107 Oder ein anderes klassisches Beispiel war eine Frau, die war glaub' ich damals 63 oder 64, ziemlich
108 depressiv, in einer akuten Ehekrise, die war dann bei mir in einer klientenzentrierten Behandlung zwei
109 Jahre, und das hat sich deutlich gelichtet und auch geklärt vieles, aber sie können – z.B. das ist zum
110 Thema Indikation – sie können nicht bei einer 64-jährigen Frau sozusagen das ganze Leben in Frage
111 stellen. Da sind viele Entscheidungen im Laufe des Lebens gefallen, die sind gefallen, wie sie sind, und
112 das Bild am Ende ist es. Na dass sie sozusagen mit dem Ergebnis nicht glücklich ist oder eher das
113 Gegenteil von glücklich ist, ist eine andere G'schicht'. Aber da geht's natürlich darum: Wie kann sie
114 dieses Ergebnis akzeptieren und auch ihre Entscheidungen bis dahin oder ihre Lebensform bis dahin.
115 Also das war schon eine relativ klare Indikation, also das hätt' ich nicht mit XXX versucht. (I: Also da
116 war für Sie klar, da wird das Klientenzentrierte zielführender sein?) Ja, ja. Natürlich kommt, ich mein,

117 auch bei der kommt die Lebensgeschichte rein, und von der Kindheit – die Dramen und Traumen ihrer
 118 Kindheit – sie kann auch versuchen, sich mit manchem zu versöhnen, aber das würd' ich nicht XXX
 119 machen, also das fände ich persönlich eine Quälerei.
 120
 121 **I:** Also durchaus eine Selektion je nach Gesamtbild.
 122
 123 **T:** Ja, schon, schon. Also absolut, aber wie gesagt, es ist das Gesamtbild. (**I:** Mhm, also nicht nur rein,
 124 z.B. eine Depression dorthin und.) Nein, nein, also nach der Diagnose schon gar nicht. Aber das war bei
 125 uns eigentlich immer so, dass es mehr das Gesamtbild die Entscheidung ist. Sie können nicht nach
 126 Diagnose – ist egal, welche Diagnoseschemata sie verwenden – kann man eigentlich meiner Meinung
 127 nach nicht zuweisen, weil einfach das Gesamtbild eine Rolle spielt. Wir haben eine Studie laufen – eine
 128 XXX orientierte Studie nach XXX – da zeigt sich dann so deutlich, was nicht geht. Borderline-Patienten,
 129 die wirklich extrem belastet sind, die können sie ambulant einfach nicht behandeln, egal mit welcher
 130 Methode. Die schaffen einfach die Bedingungen, die Minimalbedingungen des Erscheinens zum Beispiel,
 131 des relativ regelmäßigen, nicht. (**I:** Das einfach notwendig ist.) Das ist halt einfach notwendig.
 132
 133 **I:** Das passt ein bisschen zu meiner nächsten Frage: Welche Kriterien spielen eine Rolle im Hinblick auf
 134 die Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie, hier an der XXX.
 135
 136 **T:** Naja, der Patient muss in der Lage sein, Basisvereinbarungen einzuhalten. Also er muss kommen,
 137 vorzugsweise halbwegs pünktlich, er muss in der Lage sein, einmal im Quartal einen Krankenschein
 138 abzugeben – auch eine Leistung – und er/sie muss prinzipiell in der Lage sein – ich mein', wir haben
 139 auch psychotische Patienten – also, ja, halt eine minimale Mitarbeit zu leisten – also das muss gegeben
 140 sein.
 141
 142 **I:** Und ist es da schon vorgekommen, dass dann jemand im Laufe der Therapie das dann alles nicht
 143 eingehalten hat und dann entschieden wurde? (**T:** Häufig. Naja, nicht häufig, aber kommt doch immer
 144 wieder vor.) Und auch im Vorfeld – Beispiel Borderline – dass Sie von vornherein sagen: „Das wird
 145 wahrscheinlich nichts werden“?
 146
 147 **T:** Ja, also dass, dann schlagen wir z.B. eine stationäre Behandlung vor. Also wenn wir das Gefühl haben,
 148 es wird überhaupt nicht, oder, es gibt mehrere Gründe, stationäre Behandlung vorzuschlagen: Eines ist,
 149 dass einfach eine ambulante Behandlung zuwenig Rahmen gibt. Aber es kann auch sein, dass man
 150 jemanden einfach aus seiner Situation – z.B. aus seinem familiären System – rausnehmen muss, einfach
 151 um zu verhindern, dass irgendetwas passiert. Also das sind so, ich denk' mir, man muss einfach wissen,
 152 dass es sehr unterschiedliche Gründe gibt. Wir hatten mal, wir haben ständig Borderline-Patienten, und
 153 wenn sie wen haben, wo sie sich z.B. nicht drauf verlassen können, dass der bei Selbstverletzungen also
 154 wirklich auf die nächste Unfallstation geht, dann müssen sie ihn aufnehmen.
 155
 156 **I:** Mhm. Und diese Entscheidungen – haben Sie vorher gesagt – teilweise schon am Telefon?
 157
 158 **T:** Ja, wenn, also das wissen wir meistens am Telefon noch nicht. (**I:** Kommt's schon meistens zu einem
 159 Erstgespräch?) Da kommt's dann schon zum Erstgespräch, aber dass ist auch oft im Erstgespräch schon
 160 für mich dann oft auch klar: Das wird so nicht gehen.
 161
 162 **I:** Und gibt's sowas wie Probesitzungen bei Ihnen?
 163
 164 **T:** Ah, jein. Also ich mach's nicht, ein Kollege von mir macht sowas – also so quasi bis zu zehn
 165 Sitzungen – deklariert das auch von vornherein so als zehn Sitzungen – und quasi „schaut sich das an“,
 166 ob was geht – wenn ja, was geht. Das ist weniger eine Frage der Pünktlichkeit und sozusagen dieser
 167 realen Rahmenbedingungen, sondern kann der Patient psychologisch denken, also das ist mehr so das
 168 Kriterium. Ich mein', das ist auch ein Kriterium, ob jemand in eine Therapie genommen wird oder nicht:
 169 ein minimales psychologisches Denken, wenn jemand gar nicht symbolisch denken kann, dann können
 170 sie ihn bestenfalls mit Verhaltenstherapie – und zwar wirklich mit dem Reiz-Reaktions-Modell –
 171 behandeln. Also „psychological mindedness“, also wenn das überhaupt nicht gegeben ist, dann – das
 172 bringt nix. Das haben sie z.B. oft bei geistig Behinderten – also die nicht total behindert sind – die haben
 173 das oft. Oder eben auch so in der Schizophrenie.
 174
 175 **I:** Und können Sie noch ein bisschen sagen, was Sie dann über den Klienten erfahren wollen bzw. worauf
 176 Sie besonders achten, oder inwieweit der sog. erste Eindruck eine Rolle spielt?
 177
 178 **T:** Naja, also Lebensgeschichte natürlich, vor allem die ganze Therapievorgeschichte. Also die Leute, die

179 zu uns kommen, haben ja oft eine endlose lange Vorgeschichte an Therapien, da ist dann z.B. wichtig
180 herauszufinden, warum oder was nicht funktioniert hat – ich muss ja nicht den gleichen Fehler noch
181 einmal machen. Dann natürlich – was will ich noch wissen? – Beziehungen – ich mein', das ist einfach
182 eine psychiatrische G'schicht': Wenn jemand total isoliert ist, ist es einfach gefährlich. Also Beziehungen
183 aller Art, natürlich auch sexuelle oder Partnerbeziehungen oder was immer; Bildung ist nicht unwichtig,
184 und dann natürlich schon auch: Wie erleb' ich den? Was natürlich einen enormen Subjektivitätscharakter
185 hat, aber, ja, wie geht er/sie mit mir um? Wenn ich was sage, ist er/sie gleich beleidigt zum Beispiel.
186 (I: Und das sind dann eher Fragen, die beim persönlichen Erstgespräch geklärt werden, nicht am
187 Telefon?) Nein, das ist alles im persönlichen Gespräch. Und, weil man davon ausgeht, dass diese
188 Verhaltensmuster natürlich genau die sind, die sich sowieso immer abspielen. Und natürlich ist ein
189 Erstgespräch eine Stresssituation für die Patienten, also das nützt man quasi dann auch zur
190 Indikationsstellung. Ich mein', wenn ich das Gefühl hab' – also relativ wenig Patienten, die ich im
191 Erstgespräch seh', behalte ich. Und, also das ist natürlich auch eine Frage, wie ich den dann
192 weiterverkauf', das sind ja Verkaufsgespräche, die man dann führt. (I: An einen Kollegen oder eine
193 Kollegin?) Ja. (I: Wie man es schmackhaft macht?) Ja, also wenn er mir persönlich höchst widerwärtig
194 ist, dann fällt's mir wirklich auch schwer. Dann ist der auch schwer verkäuflich.

195
196 I: Das passt zu meiner nächsten Frage: Welche Überlegungen es dahingehend gibt, ob von
197 Therapeutenseite aus mit einem Klienten gearbeitet werden kann? Was da eine Rolle spielt – außer: „Ich
198 hab' halt grad keinen freien Platz“.

199
200 T: Schau'n Sie, wenn ich will, hab' ich immer einen freien Platz. Also wenn mich wirklich – ich mein',
201 das gilt für jeden Therapeuten. Wenn einen wirklich wer interessiert oder sehr gefällt oder was auch
202 immer, dann findet man immer eine Lücke, also das glaub' ich niemandem. Ich glaub', es spielen
203 Überlegungen eine Rolle, also gibt's sozusagen Themenbereiche, die mich interessieren. Also die Frau
204 XXX und ich z.B. haben einen Bereich, den wir nie wirklich wissenschaftlich verfolgt haben, aber der
205 uns interessiert, dass sind die Töchter psychotischer Mütter: Wie entwickeln sich Töchter in der
206 Identifikation usw., wenn die Mütter psychotisch waren. Das heißt, das ist eine gewisse Chance z.B., bei
207 mir einen Platz zu kriegen – mit so einem Hintergrund. Auch wenn ich nicht das Erstgespräch geführt
208 hab', aber das wissen die Kollegen. (I: Also man kennt gegenseitig die?) Gewisse Vorlieben – sagen
209 wir's einmal so. Und das ist z.B. ein Punkt, aber das ist hoch individuell. Was ist noch? Ja, ich muss das
210 Gefühl haben: Ich kann mit dem oder der arbeiten. Oder – ich mein', das ist mir in letzter Zeit einige
211 Male passiert, das ist auch nicht so lustig – ich hab' etliche Patienten übernommen, wo ich das Gefühl
212 gehabt hab', ich kann sie nicht wegschicken, und zwar aufgrund ihrer organischen Erkrankung. Also z.B.
213 Muskeldystrophie ist eine G'schicht', eine andere Patientin, die vermutlich an ihren diversen Karzinomen
214 stirbt – also das sind so G'schichten, wo ich dann, also da hab' ich das Gefühl g'habt – die hatte ich alle
215 im Erstgespräch – die kann ich einfach nicht mehr weiterschicken, das geht nicht mehr. (I: Weil das eine
216 zu große Belastung wäre, da jetzt abgewiesen zu werden?) Ja, ja. Und ich mir auch denk': Die nimmt
217 niemand. Wer will schon einen Sterbenden begleiten, noch dazu psychotherapeutisch? (I: Das heißt, kann
218 man da sagen, wer dann der Erste ist am Telefon, der kriegt's dann?) Naja, nicht am Telefon, ich war
219 nicht am Telefon, aber wer der Erste ist, der die ein'teilt hat – und das ist dann nicht wirklich
220 wegzuschicken.

221
222 I: Und gibt's Krankheitsbilder oder Störungsbilder, wo Sie die Erfahrung für sich haben – weil Sie vorher
223 gesagt haben, das eine interessiert sie sehr – wo Sie sagen, das andere, da verweis' ich?

224
225 T: Ich nehm' keine Alkoholiker. Also das mach' ich nicht. Aber wobei – wie gesagt – ich hab' Ihnen eh
226 gesagt, das war so eine klassische Diskussion: Muss man zuerst den Alkoholismus behandeln und dann
227 die Störung oder umgekehrt? Wir nehmen generell wenig, also sozusagen, wenn die Sucht das absolut
228 Dominante ist, dann nehmen wir die Leute nicht, weil dafür sind wir nicht ausgerüstet – also egal, welche
229 Sucht das jetzt ist. (I: Also die müssten das zuerst in den Griff bekommen?) Ja, ja, ja. Weil sie können
230 sich ambulant nicht mit Leuten rumschlagen, die eigentlich ständig sie mit ihrem Tod erpressen – das
231 geht nicht. Also jemand, der sich also sozusagen jederzeit einen Schuss setzen kann, das hat keinen Sinn,
232 das kann ich nicht, da kann ich keine Psychotherapie machen, weil die natürlich Belastungen beinhaltet –
233 also da spielen wir nicht mit. (I: Das ganze Team nicht.) Nein, spielt niemand mit. Wobei wir dann
234 schon, also was wir z.B. sehr wohl machen, wenn sowas ist – also bei den Anorexien ist das ja manchmal
235 notwendig – dass man wirklich dann sagt: „Okay, nächstes Mal kommt die Familie mit und wir reden
236 gemeinsam“. Also weil es ja oft auch so ist, dass die Familie in Wirklichkeit, oder dass irgendwer im
237 System verhindert, dass das Mädchen in der Regel eine effiziente Behandlung bekommt. Und dann muss
238 man halt schauen: Was spielt sich da ab im System und warum verhindert da irgendwer? Also das zahlt
239 sich schon aus, dass man solche Sachen macht. Beim Alkoholismus ist es unter Umständen sinnvoll, den
240 Partner/die Partnerin einzuladen zu einem Gespräch – auch um zu verhindern, dass das von der Seite

241 blockiert wird. Aber was wir da machen, ist eigentlich nur, zu schauen, dass eine angemessene
 242 Behandlung möglich wird. Also dass man sagt: „Das System ist hier wesentlich beteiligt – wie können
 243 wir verhindern, dass die da hineinspielen?“ – Das ist nicht leicht in der Regel.
 244

245 I: Aus dem englischsprachigen Raum kommt der Begriff „Intaker“ – speziell ausgebildete
 246 Beratungstherapeuten, die Erstgespräch mit potenziellen Klienten führen, aber dann selbst die
 247 anschließende Psychotherapie nicht übernehmen. Was halten Sie von sowas?
 248

249 T: Naja, de facto machen wir das zum größten Teil. Also ich denk´ mir, das macht Sinn, setzt aber,
 250 glaub´ ich, einen zweiten Punkt voraus, und zwar ein Netz, das man kennt – ein Therapeutennetz, das
 251 man gut kennt. Also wir z.B. lösen das unter anderem auch so, dass wir jedes Semester die Therapeuten
 252 einladen – ich mein´, sie kommen dann oder kommen auch nicht – an irgendeinem Abend mit halt
 253 Buffet, und halt versuchen, ein bisserl zu reden und sich kennen zu lernen – meistens ist es verbunden mit
 254 einem kleinen Vortrag. (I: Also Therapeuten aus anderen Institutionen?) Niedergelassene und
 255 Institutionen – wo wir halt hin verweisen oder wo wir zugewiesen kriegen, damit man sich persönlich ein
 256 bisserl kennt.
 257

258 I: Okay, das war jetzt zum Erstkontakt, nun noch Fragen zum Therapieprozess und -verlauf: Aufgrund
 259 welcher Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist, also ob es
 260 passend für ihn oder sie ist?
 261

262 T: Also da kann ich nur drauf antworten: Patienten stimmen mit den Füßen ab – sie kommen oder sie
 263 kommen nicht. Also wenn Patienten abrechen, brechen sie ab.
 264

265 I: Mhm, also von Ihrer Seite gab´s das noch nie, dass Sie das Gefühl hatten: Ich glaub´, da hat´s
 266 irgendwie was, aber der Klient kam halt trotzdem noch?
 267

268 T: Nein, eigentlich, kann mich nicht erinnern. Also wenn Sie bedenken, ich hab´ eine fast 40jährige
 269 Erfahrung – also ich kann mich nicht erinnern, dass ich jemanden jemals so wirklich raus. Ich mein´, ich
 270 hab´ schon, wenn – eine Geschichte kann schon passieren, nämlich: Bei uns kostet die Therapie nur einen
 271 Krankenschein im Quartal. Wenn ich das Gefühl habe sozusagen, die Versorgung – die Erstversorgung
 272 oder auch Zweitversorgung – ist gelungen, und eigentlich hat der oder die Geld, dann kann´s passieren,
 273 dass ich dem Patienten erkläre, dass er bitte woanders hingehen soll. Weil, also das ist eigentlich nicht
 274 vertretbar, dass wir auf Dauer wen behandeln oder langfristig behandeln, der das eigentlich auch zahlen
 275 kann. Dazu sind die Patienten, die wirklich kein Geld haben, viel zu viel. Also das ist so eine Schiene, die
 276 passieren kann.
 277

278 I: Und ist es diesbezüglich schon einmal zu Fehleinschätzungen gekommen, dass Sie sich eben im
 279 Verlauf gedacht haben: Ein anderes Verfahren wäre vielleicht doch besser geeignet oder ein anderer
 280 Therapeut? Gibt es sowas?
 281

282 T: Leider, ja. (I: Können Sie das vielleicht ein bisserl beschreiben?) Naja, wenn man so lang in einem, an
 283 ein und derselben Stelle arbeitet wie ich, hat man etliche solche Fälle. Und zwar, also die drei, die mir
 284 jetzt als wirklich besonders eklatant in Erinnerung sind, waren relativ jung, also waren Anfang 20, wie
 285 ich sie quasi das erste Mal gesehen hab´, waren alle mit einer neurotischen Diagnose und über die Jahre
 286 hat sich herausgestellt, dass die Diagnose schlicht und ergreifend falsch war. Also in einem Fall hat sich
 287 das dann – über die Jahre muss man sagen – zu einem manisch-depressiven Krankheitsbild entwickelt,
 288 was am Anfang als schlichte hysterische Neurose von der Psychiatrie diagnostiziert wurde. Das heißt, die
 289 Tragweite der Erkrankung überhaupt nicht wahrgenommen wurde, und ich muss auch leider sagen: auch
 290 von mir nicht. Und in einem zweiten Fall eine ähnliche G´schicht´, auch so ein bisserl für mich
 291 zwanghaft – aber nicht jetzt dominanter Zwang – und wo auch sich dann Jahre später herauskristallisiert
 292 hat, dass der eigentlich wahrscheinlich psychotisch ist. (I: Also sowas kommt durchaus vor?) Das kommt
 293 öfter, leider. Also das erleben sie nicht, wenn sie nicht an der gleichen Institution sind oder halt die Leut´
 294 irgendwie wieder kommen. Also diese, und ich glaub´ das schon, alle – wir alle Alten hier – haben solche
 295 Erfahrungen gemacht.
 296

297 I: Und jetzt weniger auf die Diagnose, sondern dass Sie dann das Gefühl haben, z.B. eben das Verfahren
 298 liegt dem Klienten nicht so?
 299

300 T: Ja. Naja, was sich immer wieder mal rausstellt – und das würd´ ich bei der Klientenzentrierten
 301 Psychotherapie schon so sehen – ist, dass es als Verfahren unzureichend ist. Ich mein´ ich weiß, dass es
 302 da sicher viele Gegenstimmen gibt, aber meine persönliche Erfahrung ist, dass – also beispielsweise

303 Borderline-Patienten sind bei uns eine ziemlich große Gruppe – mit Selbstverletzung, ohne
304 Selbstverletzung – und da seh´ ich nicht, dass die Klientenzentrierte Therapie – weder von der Theorie,
305 noch von der Technik her – ein adäquates Angebot hat. Also da tun Sie sich wirklich mit der XXX
306 leichter. Überhaupt hab´ ich so das Gefühl, dass bei diesen selbstzerstörerischen Persönlichkeiten – die
307 müssen jetzt nicht einmal selbstzerstörerisch sein im Sinn von schneiden, sondern ich denk´ auch so an
308 Leut´ – ich hatte eine Patienten, die war Prostituierte, Alkoholproblem – zu dem Zeitpunkt, wo sie bei
309 mir war, war das allerdings schon Geschichte – aber die hat eine schwerste organische Erkrankung nach
310 der anderen gekriegt, was sicher kein Zufall war. Und da muss ich ehrlich sagen, da seh´ ich für die
311 Klientenzentrierte Therapie wenig Chancen. Ich mein´, ich hab´ bei der sowieso wenig Chancen gesehen,
312 aber.

313
314 I: Mhm, aber durchaus eine Unterscheidung. (T: Ja.) Und jetzt wirklich nur auf der Persönlichkeitsebene
315 – also Therapeut-Klient – gab´s das schon mal, dass Sie das Gefühl hatten: Wir harmonieren nicht so
316 oder – das wäre dann auch eine Frage gewesen – dass z.B. ein bestimmter Kollege oder eine Kollegin mit
317 der Symptomatik vielleicht besser umgehen kann?

318
319 T: Also wir harmonieren nicht – das merkt man sehr schnell. Also ehrlich gesagt, das merk´ ich im ersten
320 Gespräch. (I: Aha, und dann wird´s im Team dann eben schon so entsprechend?) Dann versuchen wir,
321 das anders zu verteilen. Ich musste einmal eine Patientin von einer Kollegin übernehmen, die schwanger
322 wurde und dann sehr plötzlich in den Mutterschutz ging, und das war nicht nur sehr schwierig aus der
323 Situation heraus, sondern auch, weil mir die Patientin relativ unsympathisch war. Aber da hat´s einfach
324 für mich keinen Weg gegeben, also die musste einfach überbrückt werden.

325
326 I: Mhm, aber Sympathie spielt durchaus eine Rolle?

327
328 T: Natürlich, wesentlich glaub´ ich. Wobei ich also die Worte einer Freundin von mir – der Frau XXX –
329 zitieren möchte, die ja auch vor Jahrzehnten hier einmal ein paar Jahre gearbeitet hat, und ich kann mich
330 erinnern – diese Patientin hab´ ich auch gesehen: eine hässliche Frau, also wirklich nicht attraktiv, hat
331 sich noch unattraktiver gemacht – und eines Tages sagt sie: „Weißt, jetzt find´ ich die auch schon schön.“

332
333 I: Das heißt, es kann durchaus sich eine Harmonie dann entwickeln, oder eine Sympathie?

334
335 T: Ja, ja. Aber bei der Patientin, wo ich auch gewusst hab´, wenn die Kollegin von der Karenz
336 zurückkommt, wird sie sie zurücknehmen, kann ich nicht behaupten, dass mir das gelungen ist. Aber das
337 ist wirklich eine Ausnahme, weil ich gewusst´ hab´, wir müssen die irgendwie da drüber bringen und.
338 (I: Okay, also da muss man manchmal durch?) Da muss man dann durch. Aber das müssen sie auch nur
339 in einer Institution.

340
341 I: Und wenn ich Ihnen das Statement sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“ – was heißt das für
342 Sie, was stellen Sie sich darunter vor, was spielt eine Rolle, was bedeutet es für Sie?

343
344 T: Also ich bleib´ eigentlich auf der Sympathieebene. Es hat sicher auch was zu tun mit – es ist mir
345 geradezu peinlich, das zu sagen – mit Bildung. Ich hab´ in letzter Zeit mehrere Türkinnen – also
346 Migrantinnen – gesehen – in Österreich geboren und aufgewachsen – also ich war entsetzt über das
347 österreichische Schulsystem. Wie man aus dem Schulsystem so rauskommen kann, ist mir ein Rätsel.
348 Verstehen Sie, da ist mir das aufgefallen, meine Schwierigkeiten auch. Ich mein´, ich bin wirklich
349 kulturell nicht blöd und nicht unbewandert und ich kenn´ mich auch einigermaßen aus. Die stammen
350 sozusagen ursächlich beide aus Anatolien, aus dem extrem ländlichen Bereich, aber da hatte ich meine
351 Schwierigkeiten. Abgesehen jetzt in dem einen Fall glaub´ ich, dass die Frau eine Psychose hat, aber mit
352 Deutschschwierigkeit, kulturelle Problematik – da kommen sie einmal durch. (I: Und wurden hier
353 geboren?) Ja, das ist ein Wahnsinn. Wissen Sie, eine österreichische Wiener Hauptschule abgeschlossen,
354 hat sogar eine Lehre gemacht – also ich war fassungslos. Also ich muss leider sagen – das muss ich sagen
355 – das hat mir gewisse Schwierigkeiten bereitet, auch zum Thema Passung. Was ich z.B. auch punkto
356 Passung – wo wir schon sehr drauf achten – wenn Männer z.B. aus dem islamischen Kulturkreis
357 kommen, dass die nicht bei Frauen gesehen werden. Also auf solche Sachen passen wir schon sehr auf.
358 Oder auch – sagen wir – Bosnier oder so. Also bestimmte, oder wir haben natürlich auch Tschetschenen,
359 also da schauen wir schon sehr, dass die nicht bei Frauen landen. (I: Weil die eine andere Einstellung
360 haben?) Das ist so eine Demütigung, das geht nicht.

361
362 I: Mhm, das ist interessant. Und haben Sie selbst schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten, mit
363 diesem Klienten oder dieser Klientin fühle ich mich nicht sehr wohl?

364

365 T: Ja, aber – wie gesagt – das ist sehr häufig im ersten oder zweiten Gespräch, und damit ist das erledigt
 366 – also die nehm´ ich nicht. (I: Weil Sie da von vornherein wissen: Da wird sich keine Basis entwickeln.)
 367 Nein. Und das sind klassische Fehler von Anfängern, dass man das schlecht einschätzt oder weil man so
 368 dringend einen Patienten braucht oder so irgendwas – also das mach´ ich nicht.
 369
 370 I: Also darf Weitervermittlung Ihrer Meinung nach durchaus stattfinden?
 371
 372 T: Absolut. Das ist bei uns sowieso der Fall. Wie gesagt, ich glaub´ wirklich fest dran, wenn einem ein
 373 Patient sehr gefällt, findet man immer einen Platz, und wenn man nicht will, will man nicht.
 374
 375 I: Und Weitervermittlung haben Sie eingangs schon gesagt: Entweder im Team, oder durchaus auch
 376 außerhalb.
 377
 378 T: Ja, sehr viel. Also sehr viel, ich glaub´, ja, alles: Beratungsstellen aller Art, stationär, ambulant, alles,
 379 was uns zu Gebote steht, auch natürlich niedergelassene Kollegen – wenn´s finanziell irgendwie geht. Ich
 380 mein´, bei uns ist es schon ein Kriterium, wenn wer zahlen kann, dann geht er hinaus. (I: Mhm, weil das
 381 einfach diesen Menschen zur Verfügung stehen soll, die das nicht können.) Es ist einfach, wir haben viel
 382 zu viele Leut´, die nichts zahlen.
 383
 384 I: Eine Frage wär´ noch: Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen
 385 Beziehungsangebots, auch im Hinblick auf klientenzentriert: diese drei Kernvariablen?
 386
 387 T: Naja, die müssen Sie in jeder Therapierichtung haben, in Wirklichkeit. Das ist das Basisverhalten für
 388 jede Therapie. Ich mein´, mir fälle überhaupt nix ein, wo man das nicht haben muss. Und natürlich macht
 389 man´s, also Tagesverfassung und patientenbezogen usw. ist das unterschiedlich intensiv, aber es muss da
 390 sein, sonst geht´s nicht. Egal in welcher Therapie, weil wenn sie konfrontativer arbeiten, müssen Sie ja
 391 trotzdem die Beziehung wieder „reparieren“ – wie soll ich das anders machen als über diese drei. (I: Und
 392 wenn´s nicht da ist, dann?) Ja, also irgendwie muss man es soweit halt auch auf die Füße stellen, das geht
 393 nicht anders. (I: Oder eben man spürt´s von vornherein, das passt nicht, und dann wird weitervermittelt?)
 394 Ja. Aber, aber, also ich würd´ sagen, diese drei Kriterien – also zumindest in einer Basisvariante – das
 395 muss man einfach haben, egal, ob einem der jetzt mag oder ob man den sympathisch findet oder nicht.
 396 (I: Aha, also sich dann trotzdem auch bemühen, es?) Also ja, also ich würd´ jetzt nicht sagen auf sieben
 397 oder – ich kann mich nicht mehr genau erinnern, wie hoch diese, ich glaub´, das waren Siebener-Skalen,
 398 also wie ich das gelernt hab´, musste man ja nach jeder Therapiestunde einen Fragebogen ausfüllen und
 399 das war glaub´ ich, glaube ich mich zu erinnern, eine Siebener-Skala – und, also wenn ich´s auf der
 400 Siebener-Skala seh´, dann würd´ ich sagen, zumindest auf drei muss es einem gelingen.
 401
 402 I: Mhm, okay. Super, wir haben alles abgedeckt. (T: Na bitte.) Ich bedanke mich sehr herzlich. (T: Gern.)

Transkript Klientenzentrierte Psychotherapeutin I

I = Interviewerin

T = Therapeutin

1 I: So, gut, dann legen wir los. Danke vorweg mal (T: Ja gerne.), dass Sie sich die Zeit nehmen. Ich hätt'
2 zuerst mal einige Fragen, die Ihre Person betreffen, wobei ich das dann natürlich sehr anonym darstellen
3 werde. Oder sollte mal irgendein Name oder ein Begriff fallen, wo man Rückschlüsse ziehen kann, dann
4 werd ich das natürlich nicht nennen. (T: Ja, okay.) Wie lange arbeiten Sie schon als Psychotherapeutin
5 bzw. seit wann sind Sie in der Therapeutenliste?
6

7 T: Seit, arbeiten tu' ich seit 1996 und in der Liste bin ich seit 1997.
8

9 I: Okay. Wenden Sie neben dem Personen- bzw. Klientenzentrierten Ansatz – ich verwende diese beiden
10 Begriffe synonym – noch ein anderes Verfahren an?
11

12 T: Ja das kann man schwer sagen, weil ich noch Weiterbildungen gemacht hab' und alles fließt natürlich
13 dann hinein. Also ich hab' eine Ausbildung noch in XXX und in XXX – ich sag', das ist so mein
14 Hintergrund, das sind jetzt nicht spezielle Methoden, die ich da verwende, aber vom Hintergrund her
15 macht's natürlich viel aus. (I: Mhm, weil man vielleicht anders an die Sache herangeht?) Ja, von der
16 Haltung, von der Einstellung und Sichtweise her, ja.
17

18 I: Kann man da sagen, dass Sie das wirklich als Techniken einfließen lassen in der personenzentrierten
19 Arbeit?
20

21 T: Also ich fang' immer mit dem Wort „Technik“ nicht sehr viel an. Also ich mach' dann einfach so,
22 wenn ich glaub', aja, das könnt' jetzt passen, dann probier' ich halt einmal. Im Sinn von jetzt: Das ist ein
23 Problem, das schaut so aus und da wend' ich immer diese Technik an – mach' ich nie, das mach' ich
24 überhaupt nie. So eins zu eins ist es für mich nicht, ich mach' sehr angepasst an denjenigen oder schau'
25 einfach, was könnte da jetzt richtig sein, oder schlag' vor und der sagt dann halt „ja“ oder „nein“.
26

27 I: Alles klar. Und in welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeutin?
28

29 T: Also eben an der XXX – da hab' ich vier Stunden, also einen Vormittag – und hier hab' ich meine
30 Einzelpraxis, das ist der Rest der Zeit.
31

32 I: Und wie viel Klientenkontakt haben Sie ungefähr pro Woche – beides jetzt zusammen?
33

34 T: Gemeinsam im Schnitt 18 bis 20. (I: Mhm, und vier davon sind?) Vier davon sind dort, ja.
35

36 I: Okay. Und an der Institution werden ja auch andere Verfahren angeboten – durch die Bank alles?
37 (T: Ja, so ziemlich, ja.) Also Verhaltenstherapie, Psychoanalyse? (T: Ja, und auch Systemische.) Mhm,
38 okay, das waren mal so organisatorische Eingangsfragen. Nun ein bisschen zum Erstkontakt: Wenn ein
39 Klient zu ihnen zum Erstgespräch kommt, was wollen Sie dann über den Klienten – also wenn ich „den
40 Klienten“ sag', dann ist „die“ mitgemeint – was wollen Sie über die Person erfahren? Worauf achten Sie
41 besonders?
42

43 T: Also zuerst – mein Standardsatz am Anfang – zuerst frag' ich immer: „Erzählen Sie mir von Ihren
44 Beschwerden und sagen Sie mir, was Ihnen am Herzen liegt.“ Also das sind für mich schon so zwei
45 Teile, die Beschwerden sind natürlich eindeutig das Problem, und „was Ihnen am Herzen liegt“, das zielt
46 eher so auf das, was ist mein Wunsch oder was berührt mich wirklich innerlich – das kann ja ganz was
47 anderes sein. Dann hör' ich erst mal so zu, was so kommt. Was mir wichtig ist zu erfahren ist: nimmt
48 derjenige Medikamente? Was hat er vorher schon probiert, sich Hilfe zu holen? Also gibt's auch andere
49 Sachen, die ihm schon geholfen haben – das kann auch was ganz simples sein wie Bücher darüber lesen
50 oder so irgendwas. Und am Schluss frag' ich immer: „Und wenn Sie diese Psychotherapie hier beginnen
51 werden und angenommen sie ist erfolgreich, wie wollen Sie von hier wieder weggehen?“ Also das ist so
52 die Frage nach den Zielen: „Was für Ziele haben Sie?“ Und da bin ich sehr hartnäckig, da frag' ich
53 immer so lang, bis wirklich nix mehr kommt. Da sag' ich auch: „Überlegen Sie auch, vielleicht gibt's
54 auch Wünsche, die unrealistisch sind oder Kleinigkeiten oder das kann auch das und das sein, also bis ich

55 wirklich merk': jetzt kommt nix mehr. Und – das hab' ich jetzt vergessen – also am Anfang, wenn ich
56 das Problem darstellen lasse, frag' ich schon auch immer dazu: „Und wie erklären Sie sich das?“ Oder:
57 „Was ist mit Ihnen los?“ Also um die subjektive Krankheitstheorie – wie derjenige sich das erklärt –
58 einfach zu erfassen.

59

60 I: Okay. Und welche Kriterien spielen eine Rolle im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine
61 Psychotherapie?

62

63 T: Ob ich mit demjenigen Therapie mach'? Mein Gefühl, ist nur mein Gefühl. Also ich hab', glaub' ich,
64 noch nie zu jemandem gesagt: „Nein, ich nehm' Sie nicht.“ Also solche Leute kommen auch nicht. Ich
65 mein, es wär' jetzt jemand, der wirklich schizophren ist oder eher in den psychiatrischen Bereich gehört,
66 da müsst' man sich's überlegen, den kann man natürlich eher nicht nehmen.

67

68 I: Können Sie das kurz auch erklären, weil das wäre auch eine Frage gewesen: Welche Überlegungen es
69 dahingehend gibt, ob von Therapeutenseite aus?

70

71 T: Meiner Meinung nach, weil einmal in der Woche eine Stunde zu wenig ist. Also es gibt manchmal so
72 Leute, wo ich sag': „Naja, irgendwie bräuchten Sie mehr“. Und bei jemandem, der – also bei akut
73 sowieso – aber irgendwie in Richtung Psychose geht, denk' ich mir, die brauchen einfach eine andere
74 Betreuungsform. Die brauchen mehr, oft halt rund um die Uhr, einfach einen anderen Kontext. Da ist
75 einmal eine Stunde irgendwohin zu gehen viel zu wenig.

76

77 I: Ergibt sich das schon beim Telefonat oder kommt es immer zu einem persönlichen Gespräch und dann
78 kristallisiert sich das heraus?

79

80 T: Sowas ergibt sich nicht am Telefon, aber es kommen wenige Leute, die sowas brauchen, also die
81 kommen schon gar nicht zu mir.

82

83 I: Die wählen von sich aus schon eine andere Anlaufstelle?

84

85 T: Na das weiß ich nicht, ob sie das wählen, aber ich glaub', die sind vielleicht auch gar nicht in der
86 Lage, sowas sich zu überlegen und in Anspruch zu nehmen oder sind eh schon in einer Institution oder
87 krebsen halt herum und haben keine Betreuung. Aber solche Leute kommen ganz wenig. Und wenn, also
88 es kommen dann Leute, die ich dann schon in Psychotherapie nehme, und dann stellt sich so im Lauf der
89 Zeit heraus: naja, es könnt' vielleicht zuwenig sein, wir sollten uns was anderes noch überlegen. Dann
90 hab' ich z.B. manche, die dann ein paar Wochen wieder stationär gehen und dann wieder kommen, aber
91 das sind jetzt nicht psychiatrische Fälle. Aber es gibt doch so Grenzwertigkeiten, wo's an der Grenze
92 einfach ist mit der Betreuung. Ist das klar? (I: Ja, mhm.) Und natürlich bei Süchten ist es natürlich auch
93 die Frage – also jetzt akut alkoholsüchtig, drogensüchtig – ist schwierig, würd' ich jetzt auch sagen,
94 braucht eine andere Behandlungsform.

95

96 I: Ist es da wichtig, dass das vorher in den Griff bekommen wird, bevor eine?

97

98 T: Ja, im Großen und Ganzen schon. Also wenn jetzt jemand mitten im Alkoholismus steckt, mit dem
99 würd' ich nicht arbeiten, weil ich der Meinung bin, wenn der in die Stunde kommt und betrunken ist,
100 dass das Gespräch – was weiß ich, auf was für einer Ebene er das aufnimmt. Das kann er am nächsten
101 Tag vergessen haben oder. Ich glaub' nicht, dass es dann so aufgenommen wird, wie's eigentlich sein
102 sollte.

103

104 I: Gibt's sonst rein aus der Erfahrung her, dass sie z.B. sagen – nur als Beispiel – mit depressiven
105 Menschen kann ich nicht so gut arbeiten wie mit einem anderen Störungsbild oder einer anderen
106 Problemlage?

107

108 T: Nein, eigentlich nicht. (I: Also eine Selektion in dem Sinn?) Ich mach' keine Selektion, nein, nein.
109 (I: Gibt es nicht, außer eben diese zwei Sachen, die Sie vorher gesagt haben, wo aber andere Dinge eine
110 Rolle spielen.) Ja, genau, genau. Ich lass' die Leute einfach mal kommen, also es gibt niemanden, den ich
111 so abgewiesen hab', wo ich g'sagt hab': „Also mit denen kann ich wirklich nicht arbeiten“, weil meiner
112 Meinung nach ergibt sich's eh von selber. Die Leut' kommen ein paar Mal, und bei denen, wo's wirklich
113 nicht passt, die gehen dann einfach wieder – das ist meine Erfahrung, bei mir. Die kommen vielleicht
114 fünf Stunden oder drei Stunden oder sieben Stunden, aber dann sind die auch wieder weg. (I: Aha, die
115 kommen dann von ihrer Seite aus nicht mehr, von Klientenseite aus?) Ja, genau, genau. Also meiner
116 Meinung nach reguliert sich das von selber, im Großen und Ganzen. (I: Also das gab's schon, dass von

117 Ihrer Seite aus das Gefühl war: passt nicht so optimal?) Vom Klienten her? (I: Ja, oder einfach?) Von der
118 Störung her? (I: Na auf der Persönlichkeitsebene zwischen ihnen beiden – weil Sie gesagt haben: Dann
119 kommt der Klient.) Ach so, jaja, das Gefühl hatt' ich schon, aber das reguliert sich von alleine, die geh'n
120 einfach dann auch wieder.
121
122 I: Okay. Also deswegen war's noch nie notwendig (T: Ja.), dass Sie das von Ihrer Seite aus ansprechen,
123 weil sich das auf diese Weise gelöst hat?
124
125 T: Genau, genau, ja. Weil ich davon ausgehe, sobald jemand kommt – regelmäßig in die Stunde – dann
126 will er auch irgendwas, und alleine das ist einfach schon zu honorieren, quasi.
127
128 I: Und was mich auch noch interessieren würde: Erfolgt eine Indikationsentscheidung? Also sprich: Ist
129 der Klient indiziert für Psychotherapie? Wenn ja, für welche – und das jetzt vor allem in der Institution?
130
131 T: Also für Psychotherapie: ja natürlich, ja. In der Institution ist es ein bisserl schwierig, weil da mach
132 ich ja nicht diese Erstaufnahme. (I: Vielleicht können Sie das auch kurz beschreiben, wie das dort
133 abläuft.) Also das läuft dort so ab, dass die Leute anrufen und sich einen Termin bei den Assistenten
134 ausmachen, und die machen einmal einen Fragebogen mit den Leuten. Da wird auch gefragt. (I: Am
135 Telefon?) Nein, nein, dort, persönlicher Kontakt, es ist auf jeden Fall persönlicher Kontakt nötig, und da
136 gibt's einen Fragebogen, und der wird auch abgefragt: „Beschreiben Sie kurz, nehmen Sie Medikamente,
137 waren Sie schon im stationären Aufenthalt?“ – so ein paar Sachen. Oder: „Schätzen Sie die schwere ein
138 Ihres Problems bezüglich der körperlichen Seite, der psychischen Seite und der sozialen Seite.“ Also das
139 ist so ganz kurz. Dann gibt's ein Erstgespräch bei einem Therapeuten – also je nachdem, welcher
140 Therapeut halt grad Stunden frei hat, der kann Erstgespräche übernehmen. Und das ist aber nicht der, bei
141 dem derjenige bleibt, das ist nur das Erstgespräch. Das wird im Moment grade dort noch erarbeitet, wie
142 genau das Erstgespräch geführt werden soll – also da gibt's so einen Leitfaden dafür, da sollen eben auch
143 einige Dinge abgefragt werden – und dann kommt derjenige in die Warteliste – also derzeit gibt's glaub'
144 ich eine Wartezeit von drei, vier Monaten, bis jemand dann wirklich dran kommt – und dann wird es, in
145 der Teambesprechung werden die Fälle vorgestellt und die Therapeuten, die Plätze frei haben – also
146 irgendeiner sagt dann: „Ja, okay, den übernehm' ich.“ Einer, der das Erstgespräch geführt hat, stellt den
147 Fall vor: Da geht's um das und das, das ist so eine Person – und irgendwer sagt dann: „Okay, ich
148 übernehm' den.“ Und da wird nicht – also selten, manchmal vielleicht schon, aber normalerweise nicht –
149 drüber diskutiert, welche Methode hast du jetzt – einfach ein Therapeut meldet sich: „Ich übernehm'
150 den“, und damit ist es erledigt.
151
152 I: Also keine Überlegungen – zum Beispiel – der hat eine Phobie und das ist wahrscheinlich
153 Verhaltenstherapie? (T: Nein.) Sowas nicht?
154
155 T: Nur in Einzelfällen, wenn man wirklich so ein bisserl schwankend ist oder so „naja, da könnt'
156 vielleicht was Systemisches gut sein“ oder – was weiß ich – eine Frau mit sexuellem Missbrauch, eher
157 eine Frau, zu der man sie gibt und nicht zu einem Mann. Aber das, wenn sich's aus der Beschreibung des
158 Falles ergibt, wird das einmal angesprochen, aber selten.
159
160 I: Mhm, das heißt, sonst ist es eher das Interesse einer Person, die dann sagt: „Ich nehm' den Klienten
161 oder die Klientin?“ (T: Ja, ja genau.) Und ist es schon vorgekommen, dass sich in so einer Besprechung
162 ergeben hat, eben, Psychotherapie ist vielleicht nicht indiziert. (T: Psychotherapie überhaupt?) Ja, genau,
163 dass überhaupt etwas anderes dann, also dass der Klient dann woanders hin weitervermittelt wurde?
164
165 T: Weiß ich nicht, ob so ein Fall war, aber ich denk' mir schon, dass das möglich sein könnte. Wenn man
166 merkt, mit dem kann man nicht arbeiten, da passt irgendwas nicht, der braucht andere Formen, dann wird
167 man sich sicher überlegen: okay, was gibt's für Institutionen, wo kann man ihn weiterverweisen, und das
168 dann so sagen. Oder auch einmal, wenn ein Therapeut nicht passt, dass man dann sagt: „Mit dem geht's
169 einfach nicht“ – der kommt dann woanders hin. Also solche Fälle gibt's schon.
170
171 I: Ist das schon vorgekommen, dass es dann später nicht gepasst hat? (T: Ja, ja.) Können Sie das kurz
172 beschreiben.
173
174 T: Also was da jetzt genau war, ich glaub', dass ist von der Klientin auch ausgegangen, die dann g'sagt
175 hat, sie will dort nicht bleiben, sie will woanders hin. Und dann wird halt überlegt: okay, was könnt' für
176 die passen? Die hat aber selber schon ein, zwei Vorgaben gemacht glaube ich: sie will auf jeden Fall
177 nicht Psychoanalyse oder so irgendwie. Es geht dann eher mehr von den Klienten aus, was die halt sagen.
178

179 I: Mhm, okay. Welche Bedeutung hat für Sie der sog. erste Eindruck? Also schon am Telefon oder dann?
180

181 T: Ja schon eine große, weil ich da gleich so intuitiv mir einfach so ganz kurz zwei, drei Stichworte
182 aufschreibe was ich glaub', was das für eine Person ist. Und wenn ich die Leute seh', dann sowieso.
183

184 I: Und hat es schon mal sozusagen Fehleinschätzungen gegeben, also dass dann im Laufe des
185 Therapieprozesses sich irgendwie herausgestellt hat z.B. der erste Eindruck muss revidiert werden oder
186 dass Sie das Gefühl hatten, Sie können gut arbeiten, und es war dann eben doch nicht so?
187

188 T: Also ich glaub' es, ja, es ändert sich natürlich dann schon immer, wenn man dann ins Detail geht und
189 mitten im Arbeiten ist, dann sieht man die Dinge anders. Aber ich glaub', dass der erste Eindruck immer
190 wichtig ist. Es kommt auch vor, dass man im Nachhinein noch mal drauf kommt: Aja genau, das ist ja so,
191 wie der erste Eindruck war. Also den würd' ich nicht unterschätzen, aber ich würd' den Prozess, wenn
192 man tiefer arbeitet, auch nicht unterschätzen. Also ich stell' einmal beides so gleichwertig nebeneinander.
193

194 I: Und noch mal auf die Verfahren bezogen – ist es Ihnen da in der Institution schon mal passiert, dass
195 Sie das Gefühl hatten, dass vielleicht ein anderes Verfahren dieser Person besser helfen würde?
196

197 T: Nein. Außer eben so: Ja gut, stationäre Betreuung wär' vielleicht sinnvoller zwischendrin. Aber jetzt
198 ein anderes Verfahren, Therapieverfahren, nein. (I: Oder eine andere Therapeutenpersönlichkeit?) Nein
199 auch nicht, nein.
200

201 I: Okay. Das passt jetzt ein bisschen zu den Assistenten, die diese Erstgespräche machen in der
202 Institution: Ich bin nämlich beim Ausarbeiten der Theorie auf einen Begriff gestoßen – nennt sich
203 „Intakter“ – das sind speziell ausgebildete Beratungstherapeuten, die die Erstgespräche mit potenziellen
204 Klienten führen, dann aber nicht selbst eine eventuell anschließende Psychotherapie übernehmen. Was
205 halten Sie persönlich davon? Was ist Ihre Meinung dazu?
206

207 T: Also ich denk' mir, in einer Institution ist es wahrscheinlich einfach oft vom Organisatorischen her
208 leichter, aber ich persönlich hab's nicht so gern, ich mach' gern alles selber – erstes Telefonat und
209 Erstgespräch – weil ich die Informationen bekomme und es kann niemand mir durchs Erzählen oder
210 durch schriftliche Aufzeichnungen geben, was ich selber kriegen kann, das geht einfach nicht. Weil das
211 Intuitive fällt dann einfach weg, das geht nicht. Ja gut, wenn's jemand erzählt, kann ich noch mehr davon
212 haben, aber wenn ich nur schriftliche Aufzeichnungen hab', ja, sind Informationen, aber nicht mehr.
213

214 I: Das heißt, ist das dann so, wenn Sie in der Institution einen Klienten oder eine Klientin nehmen, dass
215 dieses Erstgespräch zwischen Ihnen beiden dann anders verläuft, als wenn es ein wirkliches Erstgespräch
216 ist, so wie hier in der Praxis – wissen Sie jetzt, wie ich meine? (T: Dass dort das erste Gespräch anders
217 verläuft, wenn ein offizielles Erstgespräch schon stattgefunden hat?) Ja, genau das mein' ich, weil ja viele
218 Informationen.
219

220 T: Jein, ich glaub' nicht. Also ich les' mir natürlich vorher durch, was der erstgesprächsführende
221 Therapeut da aufgeschrieben hat, aber das genieß' ich mal mit Vorsicht – denk' ich mir: Ja gut, sind halt
222 Informationen, die ich da jetzt habe, aber letztlich frag' ich dann schon noch mal meins nach. Ich sag'
223 dann halt manchmal: „Aja, das hab' ich da schon gelesen, das seh' ich da so“, oder wenn er was nicht
224 erwähnt, dann sag' ich: „Aber da steht ja so und so“ – also dann bezieh' ich mich zwar drauf, aber das
225 Gespräch im Großen und Ganzen führ' ich schon so, wie ich's sonst auch mach'.
226

227 I: Mhm, okay, ich glaub', zum Erstgespräch war das alles. Nun ein bisschen zum Therapieprozess:
228 Aufgrund welcher Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist, ob
229 die Therapie also passend ist für die Person?
230

231 T: Na wenn er sich wohl fühlt, ganz einfach. (I: Wie ist das erkennbar?) Na das merk' ich ja, wie er redet
232 und wie er spricht oder die meisten sagen's eh ganz eindeutig: „Ah schön“ und „toll“ und „Gott sei Dank
233 hab' ich das“. Oder – nein, stimmt nicht ganz, stimmt nicht ganz – weil es gibt auch manche, die – es gibt
234 so Menschen, die sind sehr zweifelnd und die hinterfragen alles und da würd' ich auch sagen, die
235 Therapie passt schon, aber es kommt vielleicht für mich anders rüber, schon sehr zweifelnd oder
236 nachfragend oder so. Das letzte Kriterium ist immer: Solange er kommt, kommt er. Solange der Klient
237 kommt, passt es, weil das ist für mich. Also ich sag' immer, ich bin darauf angewiesen, dass derjenige ein
238 bisserl eine Motivation mitbringt. Ich könnt' jetzt mit niemandem arbeiten, der zwangsweise irgendwie
239 verpflichtet ist. Also wenn er nicht ein bisserl selber will und an sich arbeiten will, dann bringt's das
240 nicht. Und die Tatsache, dass er kommt, ist aber für mich schon genug. Wenn ich jetzt auch sag': „Gut,

241 machen wir wieder einen Termin aus“ und das so ein bisserl, so ein halbes „Ja“ genügt mir schon. Wenn
 242 der Termin zustande kommt, wenn er dann auch das ist, dann genügt mir das. Und das andere ist dann
 243 therapeutische Arbeit. Am Anfang vielleicht noch viel Motivationsarbeit – das ist dann schon die Arbeit.
 244

245 I: Und ist sowas schon mal vorgekommen, dass es dann für Sie – wirklich jetzt nur von Ihrer Seite –
 246 nicht mehr gepasst hat?
 247

248 T: Nein, nein.
 249

250 I: Mhm, okay. Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen
 251 Beziehungsangebotes – vor allem die drei Kernvariablen des personenzentrierten Ansatzes?
 252

253 T: Ja ein große. Ich denk´ mir, auf dem basiert die Therapie, das ist die Basis, und auf dem kann ich alles
 254 tun und anwenden, jede Technik verwenden. Aber das ist für mich die absolute Basis.
 255

256 I: Ist es schon mal vorgekommen, dass Sie das Gefühl hatten: Ein Klient kann mit eben diesem
 257 therapeutischen Beziehungsangebot nicht so gut umgehen?
 258

259 T: Ja, schon, schon. Also ich glaub´ schon, dass es Menschen gibt, die mehr – wie soll ich sagen –
 260 Anhaltspunkte brauchen, oder mehr Anleitung brauchen – das geb´ ich nicht. Ich bin jemand, der dem
 261 Klienten sehr viel Freiheit lässt und sagt: „Naja, probieren Sie halt mal so, machen Sie mal so.“ Also ich
 262 sag´ das auch oft am Anfang: „Bei mir kriegen Sie sicher keine Rezepte, so wie beim Arzt das halt üblich
 263 ist: „Jetzt machen Sie das, und dann kommt das dabei heraus““. Also mir ist es ganz wichtig, dass es eine
 264 gemeinsame Arbeit ist, dass wir das gemeinsam erarbeiten, und ich begleite halt. Ich kann drauf
 265 hinweisen: „Ja, Sie könnten mal so versuchen“, aber es muss immer für den Klienten auch passen. Wenn
 266 der sagt: „Das mag ich nicht“ oder „Das kann ich mir überhaupt nicht vorstellen“, dann versuchen wir
 267 was anderes. (I: Hat´s schon mal nicht gepasst?) Meine Vorschläge? Ja natürlich. Im Gespräch ergibt
 268 sich´s dann halt – das merk´ ich ja an seiner Reaktion. (I: Und wie wird dann damit umgegangen?) Ich
 269 frag´ dann nach. Ich sag´ dann: „Na, wie kommt das bei Ihnen an?“ oder „Jetzt hab´ ich einen Vorschlag
 270 gemacht, was halten´s davon?“ Oder manchmal sag´ ich auch: „Jetzt hab´ ich soviel geredet, wo sind Sie
 271 denn jetzt gerade?“ Also ich versuch´ immer wieder, die Rückbindung zu finden, ob´s bei ihm ankommt
 272 oder nicht, oder wo er gerade steht.
 273

274 I: Aber weil Sie grad gesagt haben, dass gibt´s durchaus, dass eben das personenzentrierte
 275 Beziehungsangebot für einen bestimmten Klienten nicht passt.
 276

277 T: Ach so, nein, da hab´ ich jetzt nicht das ganze personenzentrierte Angebot – na warten Sie mal. Doch,
 278 eben für die Leute, die mehr Anleitung brauchen.
 279

280 I: Ja, ist sowas schon mal vorgekommen, dass Sie dann eben weitervermittelt haben, weil das für die
 281 Person?
 282

283 T: Die gehen auch von alleine wieder. Die merken das schon selber, dass das. Oder sie sagen dann, mit
 284 dem können sie nix anfangen, oder gehen einfach wieder. Ich muss das nicht sagen. Oder wenn, dann ist
 285 es eher so im gegenseitigen Absprechen, dass ich dann schon sag´: „Naja, so wie ich Sie jetzt erlebt hab´,
 286 ich könnt´ mir vorstellen, dass Sie da was anderes brauchen.“ Aber das war jetzt in dem Fall so noch nie.
 287 Es war einmal, wo der Klient – ja, das kam auch vom Klienten selber, so: „Das bringt mir jetzt nix“, und
 288 wo wir dann g´ sagt haben, vielleicht wär´ ein Mann ganz gut und nicht eine Frau. (I: War das in freier
 289 Praxis?) Das war in freier Praxis, also in der Institution ist es noch nie passiert. (I: Da ist Ihnen sowas
 290 noch nie passiert, dass das Beziehungsangebot eben nicht gepasst hat?) Nein, das hat immer gepasst. Also
 291 da gibt´s andere Schwierigkeiten, dass jemand Termine nicht einhält – das hab´ ich z.B. dort. Das
 292 Termine nicht eingehalten werden, und das ist schon die Frage, wie man damit umgeht. Und natürlich
 293 gibt´s Begründungen von der Klientin her, und das ist schwierig, bin ich halt manchmal. Meistens am
 294 Anfang sag´ ich: „Ja okay, schau´n wir mal drüber hinweg“ – bin ich ein bisserl nachgiebig am Anfang,
 295 aber dann irgendwann sag´ ich auch. Ja ich mach´s dann halt übers Geld. Ich lass´ auch Vereinbarungen
 296 unterschreiben am Anfang, also wenn eine Stunde unentschuldigt, also nicht abgesagt wurde und ich sitz´
 297 da und derjenige kommt einfach nicht, dann verlang´ ich 50 Euro. Das ist das, was die Krankenkasse –
 298 also ich hab´ dort nur Krankenkassenleute – was die Krankenkasse auch zahlt. Also den ganzen Betrag,
 299 den ich normalerweise verdienen würde für diese Stunde.
 300

301 I: Das heißt, ein Klient oder eine Klientin, die sich an die Institution wendet, da zahlt das die
 302 Krankenkasse?

303
304 **T:** Nicht automatisch, aber es gibt Krankenkassenplätze dort. Also ich hab´ vier Plätze, und ich kann die
305 vier Plätze als Krankenkassenplätze vergeben, wenn ich will. Das hängt dann von meiner Einschätzung
306 ab, oder wie ich´s halt mache. Also im Moment hab´ ich´s so. (**I:** Und wenn dann jemand das nicht
307 einhält, dann weisen Sie darauf hin?) Das muss er unterschreiben. Das muss er am Anfang
308 unterschreiben, in der zweiten Stunde. Also nach dem Erstgespräch lass´ ich das unterschreiben. Wenn
309 nicht abgesagt wurde, dann muss er das bezahlen. Ansonsten Absagen sag´ ich: Ja gut, 48 Stunden
310 vorher, aber das ist dann so ein bisserl, da sag´ ich natürlich schon: „Ja wenn Sie in der Früh Fieber
311 bekommen, können Sie nicht 48 Stunden vorher absagen“, das geht nicht, also da ist es klar, das sind
312 triftige Gründe. Oder wenn jemand einen Unfall hat oder ins Spital muss – ist eh klar. Aber dann gibt´s
313 natürlich auch wieder so „Grauzonen“, das hängt dann von meinem Gefühl ab. Je nachdem, wie´s der mir
314 erzählt und was ich für einen Eindruck hab´. Oder auch, welche Therapie es ist, welcher Klient es ist, und
315 in welcher Phase wir uns befinden. Da bin ich unterschiedlich – manchmal sehr nachgiebig, manchmal
316 auch schon sehr hart. Aber das hab´ ich auch erst lernen müssen, das hab´ ich am Anfang nicht so gut
317 können.
318
319 **I:** Wenn ich Ihnen das Statement sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“ – was heißt das für Sie,
320 was stellen Sie sich darunter vor, was spielt Ihrer Meinung nach eine Rolle?
321
322 **T:** Also in banalen Alltagsworten würd´ ich sagen, das ist Sympathie oder Antipathie. Und das spürt man
323 einfach, das ist da oder ist nicht da. Und ich merk´s auch in den Erstgesprächen, ob die Leute viel
324 erzählen oder nicht. Aber ich hab´ das ganz selten, also bei mir, ich krieg´ eher die Rückmeldung: „Jetzt
325 hab´ ich Ihnen aber wirklich viel erzählt“ oder „Ich hab´ mich jetzt doch sehr geöffnet“ oder es fließen
326 die Tränen, die schon jahrelang nicht mehr geflossen sind oder so irgendwas. Also ich hab´ eher, dass die
327 Leute sich sehr öffnen beim ersten Mal. (**I:** Also Sie strahlen was aus?) Anscheinend, ja anscheinend.
328
329 **I:** Also Sympathie, Antipathie – so würden Sie´s beschreiben, aber Antipathie, war das schon mal?
330
331 **T:** Ganz krasse Antipathie nicht, aber, wie g´ sagt, dann denk´ ich mir, es ergibt sich von selber. Das mag
332 schon sein, dass ich da auch was dazu gebe und hinein gebe, weil ich bin ja auch eine Person mit
333 persönlichen Gefühlen. Es mag schon sein, dass ich das vielleicht auch irgendwie, dass ich mit dazu
334 beitrage, dass es so passiert, aber ich drück´s nicht so aus, also ich würd´ jetzt niemals sagen: „Also Sie
335 kann ich nicht gebrauchen, Sie müssen jetzt wieder gehen.“ Also so würd´ ich niemals reden, weil ich
336 denk´ mir, so eine Abweisung braucht niemand, der den Schritt gemacht hat, in eine Therapie zu
337 kommen, was für die meisten schon ein großer, schwerer Schritt ist. Wenn, dann höchstens so: „Naja,
338 was könnten Sie brauchen?“ Ich frag´ dann eher: „Was glauben Sie? Was könnte Ihnen wirklich gut tun?
339 Was ist bisher ihre Erfahrung, was geholfen hat? Hilft reden überhaupt?“ Also ich versuch´, eher ganz
340 nah an dem zu bleiben, was er glaubt und was er eh schon von sich weiß, und natürlich geb´ ich mein
341 Wissen dazu und sag´: „Ja, vielleicht könnt´ das auch was für Sie sein“ oder so.
342
343 **I:** Und die Frage: „Hilft reden überhaupt“, meint das dann, weil eben die Gesprächspsychotherapie sehr
344 viel eben auf Reden basiert?
345
346 **T:** Ja, ich denk´ mir, wenn jemand andere Möglichkeiten hat – was weiß ich – wenn er über Sport seine
347 Probleme abbauen kann oder über Informationen über Fachbücher lesen, dann denk´ ich mir: Ja
348 wunderbar, bitte weitermachen, vielleicht braucht er mich ja auch gar nicht. Also ich bin sehr drauf aus,
349 so die eigenen Ressourcen des Klienten nachzufragen und da soll er dabei bleiben. Und wenn er mich
350 nicht braucht – ist okay. (**I:** Also wo vielleicht gar nicht Psychotherapie jetzt notwendig ist?) Ja, ja. Also
351 es ist natürlich meistens nicht der Fall, weil die Leute ja schon mit großen Problemen kommen, aber dann
352 vielleicht auch so gegen Ende der Therapie oder zwischen drin auch immer zu fragen: „Ja wenn Ihnen
353 das hilft, bitte machen´s das weiter.“ Oder wenn sie – was weiß ich – zur Kinesiologin geh´n und es hilft
354 ihnen – „Machen Sie“. Also es gibt auch Leute, die dann wirklich auch aufhören und dann sich an andere
355 Formen von Hilfestellung wenden – find´ ich okay.
356
357 **I:** Und ein bisserl haben wir es schon angesprochen, aber ich frag´ noch mal: Gibt es Ihrer Meinung nach
358 Störungsbilder oder Problemlagen, wo Sie sagen, da passt ein bestimmtes Verfahren vielleicht besser,
359 oder wie ist da Ihre Meinung dazu?
360
361 **T:** Also im Allgemeinen nicht, aber – das ist jetzt eher mein persönliches – ich bin ein bisserl skeptisch
362 immer mit Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. Ich denk´ mir, das muss einfach wirklich passen. Und
363 ich bin nicht unbedingt ein Freund von diesen beiden Richtungen, und denk´ mir: Ja gut,
364 Verhaltenstherapie ist für mich was, wo wirklich, wenn man eingegrenzt an einem Problem und Übungen

365 machen will, dann zur Verhaltenstherapie. Und Psychoanalyse denk´ ich mir, ist einfach vom Setting her
366 schon so viel anders, dass es jemand wirklich wollen muss. (I: Weil es ja viel frequentierter ist.) Ja,
367 genau, genau. Und auch sehr freier, ich mein´ da wird ja einfach nur halt erzählt und wenig. Also ich hab´
368 auch Leute, die von eher psychoanalytisch orientierten Therapeuten zu mir gekommen sind, und die
369 gesagt haben, das war ihnen zuwenig Rückmeldung, das war einfach zuwenig. Also mit diesen beiden bin
370 ich nicht so ganz glücklich, das wären jetzt nicht meine Richtungen, und bei allen anderen würd´ ich
371 sagen: „Es ist egal.“ Also ich sag´ den Leuten auch immer: „Entscheiden Sie nach Ihrem Bauchgefühl.
372 Von mir aus schauen Sie sich fünf Therapeuten an, aber dann dort, wo Sie nach dem ersten Eindruck das
373 Gefühl haben: dort kann ich vertrauen – dort gehen Sie hin!“ Das würd´ ich eher von der Person abhängig
374 machen, nicht von der Methode.

375
376 I: Und weil Sie grad Rückmeldungen angesprochen haben, gibt´s das bei Ihnen ein bisschen, dem
377 Klienten gegenüber?

378
379 T: Jaja, jaja natürlich. Immer. (I: Dass Sie ihm Rückmeldung geben?) Ja, ja natürlich. Ich sag´ schon,
380 oder ich geb´ auch Vorschläge, schon, ja, also ich sag´ schon einiges. Und wie g´sagt, dann sag´ ich aber
381 immer: „Und wie kommt das jetzt bei Ihnen an?“

382
383 I: Und gibt es eigentlich sowas – das hab´ ich vorher vergessen zu fragen – sowas wie Probesitzungen?

384
385 T: Ja, ich mach´, ich sag´ immer: „Zehn Sitzungen sind sozusagen unverbindlich, da können Sie jederzeit
386 zwischendrin einfach anrufen und sagen: ‚Jetzt mag ich nimmer‘.“ – Ohne Begründung, ohne
387 Abschlussgespräch, da kann man einfach mal so ausprobieren über die ersten zehn Stunden. Danach –
388 aber das ist auch noch nie passiert – danach, wenn´s längerfristig ist, dann redet man sowieso: „Ja, jetzt
389 geht´s schon besser“ und „Jetzt können wir ein bisschen Abstand vergrößern“ oder „Jetzt hören wir bald
390 auf“, also da ist man eh im Gespräch [... Aufnahme sehr undeutlich ...].

391
392 I: Und innerhalb der zehn ist es schon passiert, dass dann jemand nicht mehr gekommen ist?

393
394 T: Jaja, jaja. Also jetzt schon länger nimmer mehr, aber es passiert schon, ja. (I: Weil´s halt nicht gepasst
395 hat?) Ja, ja.

396
397 I: Haben Sie schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten: Mit diesem Klienten oder dieser Klientin
398 fühle ich mich jetzt nicht wohl – sei es am Anfang, sei es irgendwann im Therapieprozess – warum auch
399 immer?

400
401 T: Ja, ja, das gibt´s immer. Also nicht sehr stark, aber schon, ja. Also es gab mal einen – aber der war
402 auch nur ganz kurz da – da ging´s eher so um sexuelle G´schichten, wo ich mir gedacht hab´: Kommt mir
403 ein bisserl komisch vor. Und der hat dann wieder ein Freundin gefunden g´habt, und dann war er
404 glücklich und war wieder weg. Also der wollte meiner Meinung nach nicht wirklich Therapie machen.
405 Der hat einfach jemanden gebraucht, der hat sich an jemanden hingehängt und dann war er wieder
406 zufrieden.

407
408 I: Das heißt, da hat sich dieses ungute Gefühl auf Ihrer Seite aufgelöst, weil er die Therapie nicht mehr
409 gebraucht hat?

410
411 T: Ja, ja. Und „ungut“ kommt natürlich immer wieder mal vor – nicht in so einem extremen Ausmaß –
412 aber, also meiner Meinung nach passiert es dann, also es gibt schon Klienten, die mir auch auf die
413 Nerven gehen – so Fälle, die sehr depressiv sind oder so irgendwo immer das Gleiche kommt – aber da
414 versuch´ ich dann halt auch nach einer Weile, das einfach so rückzumelden und zu sagen: „Ja, das haben
415 wir jetzt schon besprochen“ oder, wie immer, was ich dann halt sagen will. Und ich glaube, dass ist dann
416 ein Teil – das ist ja typisch auch personenzentriert glaub´ ich – so: Da hab´ ich etwas noch nicht
417 verstanden, und deswegen kann ich nicht empathisch mit dem sein. Also eigentlich ist es wie
418 therapeutisches Material für mich, wenn ich sag´: „Der nervt mich jetzt, mit dem komm´ ich nicht
419 zurecht.“

420
421 I: Und war es schon mal so intensiv, dass Sie diese drei Variablen nicht verwirklichen konnten?

422
423 T: Nein, nein. Die Wertschätzung einer Person gegenüber ist immer, weil ein Mensch ist ein Mensch,
424 wurscht wie der sich aufführt. Und das heißt nicht, dass ich unbedingt, dass unbedingt alles funktionieren
425 muss, aber als Mensch ist er immer noch ein Mensch.

426

427 I: Und war das Gefühl des Unwohl-Seins schon mal so stark, dass Sie von sich aus gesagt haben, da muss
428 ich mich jetzt aus dem Spiel nehmen, weil's für mich zu stark wird? (T: Was meinen Sie „aus dem Spiel
429 nehmen“?) Also die Therapie von Ihrer Seite aus beenden?
430
431 T: Nein, nein, nein. War noch nie.
432
433 I: Okay, das frag' ich deshalb, weil ich im Theorieteil auf ein Beispiel gestoßen bin, wo eine Therapeutin
434 beschreibt, dass der Klient plötzlich Dinge angesprochen hat, mit denen sie sich nicht identifizieren
435 konnte und hat die Therapie von Ihrer Seite aus dann beendet.
436
437 T: Nein, dann sag' ich: „Ich kann mich nicht damit identifizieren“. Dann würd' ich, im Extremfall würd'
438 ich dann sagen: „Naja, da komm' ich jetzt irgendwie nicht ganz mit“ oder „Da kann ich nicht mitgehen“,
439 dann würd' ich's einfach sagen. Das ist jetzt aber für mich nicht ein Kriterium, um Therapie
440 abubrechen. Ich mein', vielleicht führt's dazu, das mag schon sein, aber das alleine ist kein Kriterium.
441
442 I: Die Therapeutin in dem Beispiel hat halt dann Angst bekommen oder so und hat dann gesagt, das geht
443 für sie nicht mehr. Und ich versuch' das halt auch zu erfragen.
444
445 T: Hab' ich noch nie gehabt. Also ich kann mir das gar nicht vorstellen, weil Angst bekommen – ja. Ich
446 glaub', ich würd' dann schon sehr hart werden auch: „So, bitte, das geht jetzt nicht“ oder: „Das
447 brauchen'S mir nicht erzählen“. (I: Also Sie würden sich selber schützen, indem Sie's ansprechen?) Ja.
448 Oder dann, je nachdem, was es ist. Also wenn ich's als therapiewertig sehe, was er da anspricht, dann
449 würd' ich dran arbeiten, ganz normal, dann kann der mir erzählen was er will, warum soll mich das
450 irgendwie. Und wenn ich's nicht als therapiewertig finde, sondern wenn ich denk', der will mir da jetzt
451 ein G'schichtl reindrücken oder der will jetzt irgendwas, dann würd' ich da sehr klar sagen: „Horchen Sie
452 her, das brauchen wir jetzt nicht, was wollen Sie jetzt hier? Das ist eine Therapie und was wollen Sie
453 damit, was wollen Sie erreichen? Okay, wenn Sie daran arbeiten wollen, dass es Ihnen besser geht, dann
454 können wir jetzt wieder dran arbeiten.“ Aber dem anderen würd' ich einfach ziemlich klar einen Riegel
455 vorschieben. Also ich kann's mir nicht anders vorstellen und es ist mir noch nie was passiert, wo ich
456 sowas hätte gebraucht.
457
458 I: Und gibt es Gründe, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen? (T: Nein. Außer das ganz am Anfang mit
459 Sucht und.) Außer vielleicht, weil Sie keinen freien Platz haben, oder?
460
461 T: Ja, das bezieht sich immer nur auf die Krankenscheinplätze, ja, aber sonst. Also wie g'sagt, weil ich
462 davon ausgehe – und das auch meine Erfahrung ist – dass sich das von selber ergibt. Also nehm' ich
463 denjenigen. Also wenn er kommen will, dann nehm' ich ihn.
464
465 I: Und Gründe von Ihrer Seite aus, dass die laufende Psychotherapie abgebrochen wird (T: Nein.), haben
466 wir eigentlich auch schon angesprochen. Haben Sie sich schon einmal gedacht, ein bestimmter Kollege
467 oder eine Kollegin könnte mit dieser spezifischen Symptomatik oder Problemlage des Klienten besser
468 umgehen?
469
470 T: Ja, manchmal denk' ich mir, systemisches Arbeiten wär' da ganz gut oder Familientherapie wenn's –
471 also ich hab' ja auch Kinder. Ja, so am Rande ein bisserl, hab' ich schon gedacht, ja. Eher vom Setting
472 her, nicht unbedingt vom inhaltlichen Arbeiten her. (I: Aha, mit Setting meinen Sie z.B. die ganze
473 Familie?) Familientherapie, genau. (I: Wird das dann von Ihrer Seite aus angesprochen, dem Klienten
474 gegenüber?) Nein, ich versuch' dann, also ich hab' Kinder, wo ich immer auch die Eltern halt dann zu
475 einem Gespräch hab' – oder meistens halt die Mutter – und da sag' ich dann manchmal schon: „Ja,
476 Familientherapie wär' gut.“ Dann probier' ich halt, dann sag' ich: „Okay, sie können mal alle zu dritt
477 kommen“ oder so, aber nicht, ich mach' jetzt nicht ausgesprochen Familientherapie, wo von vornherein
478 klar ist, immer kommt die Familie. Das mach' ich dann auch sehr variabel, dann einmal das Kind mit
479 dem Vater oder das Kind mit der Mutter, oder nur die Eltern. Das versuch' ich dann eigentlich selber so
480 zu machen – hab' ich auch noch nie einen Fall gehabt, wo ich g'sagt hab: „Also das geht jetzt wirklich
481 überhaupt nicht mehr“, muss ich jetzt wegschicken, also war auch noch nie so.
482
483 I: Also ich hör da raus: Klientenauswahl oder -selektion war eigentlich noch nie notwendig?
484
485 T: Von mir aus nein. (I: Außer das mit Sucht und das.) Ja, von mir aus nein.
486
487 I: Okay, gut, das war's. Wir haben alles abgedeckt. Danke schön.

Transkript Personenzentrierter Psychotherapeut J

I = Interviewerin

T = Therapeut

1 I: Okay, dann hätt' ich zuerst mal einige Fragen zu Ihrer Person, wobei ich die dann natürlich sehr
2 anonymisiert darstellen werde, damit keine Rückschlüsse möglich sind. Wie lange arbeiten Sie schon als
3 Psychotherapeut bzw. wie lange sind Sie in der Liste des Bundesministeriums?

4

5 T: Arbeiten tu' ich seit 33 Jahren und in der Liste des Bundesministeriums bin ich seit 1991, also seit 17
6 Jahren. (I: Ich glaube, da wurde sie erstellt, oder – die Liste?) Ja, das Psychotherapiesgesetz ist mit 1.
7 Jänner 1991 in Kraft getreten.

8

9 I: Wenden Sie neben dem Personen- bzw. Klientenzentrierten Ansatz noch ein anderes Verfahren an?

10

11 T: Ja, XXX.

12

13 I: Und in welchem Kontext arbeiten Sie als Psychotherapeut?

14

15 T: In freier Praxis.

16

17 I: Wie viel Klientenkontakt haben Sie ungefähr pro Woche?

18

19 T: Zwischen 30 und 35.

20

21 I: Mhm, gut, das waren so Eingangsfragen. Jetzt ein bisschen zum Erstkontakt: Wenn ein Klient zu Ihnen
22 zum Erstgespräch kommt – also wenn ich sage „der Klient“, dann ist natürlich „die Klientin“ mitgemeint
23 – was wollen Sie dann über den Klienten erfahren, worauf achten Sie besonders, was ist Ihnen da
24 wichtig?

25

26 T: Mir ist wichtig, dass der Klient/die Klientin recht unbeengt sein/ihr Anliegen vortragen kann. So geb'
27 ich am Anfang Raum dafür und wiederhole nur, was ich vom Telefon weiß und sag' dann in der Regel:
28 „Wollen Sie mir das näher erklären?“ oder: „Was kann ich für Sie tun?“. Worauf ich besonders achte, ist
29 zum Einen, ob mir die Darstellung des Klienten und seines Problems irgendwie konsistent vorkommt –
30 also konsistent heißt in diesem Zusammenhang: ob er lächelt, wenn etwas Lustiges ist oder ernst
31 dreinschaut, wenn er etwas Trauriges, Berührendes erzählt, zum Beispiel – und zweitens achte ich
32 besonders drauf, ob ich mich einfühlen kann in seine Erzählung, in das, wie er sich präsentiert, und ob
33 mich davon irgendetwas berührt.

34

35 I: Kann man sagen: Sind das auch ein bisschen Kriterien im Hinblick darauf, ob, oder anders gefragt:
36 Welche Kriterien spielen eine Rolle im Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine
37 Psychotherapie, oder gibt es da überhaupt Kriterien, wäre das mit dem Einfühlen so etwas?

38

39 T: Naja, also die Anfangssituation ist die, dass ich einem neuen, potenziellen Klienten neutral
40 gegenüberstehe. Das heißt, ich hab' in 98 Prozent aller Fälle keine Sympathie oder keine Antipathie – ich
41 lass' es auf mich wirken. Es muss aber im Erstgespräch – manchmal erstreckt sich das Erstgespräch auf
42 zwei Stunden – es muss aber im Erstgespräch irgendeine Situation auftreten, wo ich etwas spüre vom
43 Klienten, wo ich mich einfühlen kann. Da geht's nicht um Sympathie, da geht's um Empathie, und wenn
44 das gar nicht der Fall ist, oder wenn jemand etwas schildert, das mir selber ein Unbehagen einflößt –
45 nicht ein punktuell Unbehagen, das ist überwindbar – aber ein generelles Unbehagen einflößt, dann
46 würd' ich dazu neigen, es nicht zu nehmen. Tritt aber in der Realität ein Mal von 50 Mal auf. (I: Könnten
47 Sie das Beispiel nennen, was da der Grund war?) Ja, es kam ein Mann zwischen 30 und 35 zu mir, ganz
48 in schwarz gekleidet, hat von seiner Drogenabhängigkeit gesprochen und ich hab' das Gefühl gehabt, er
49 ist sehr entfernt vom Leben, eigentlich ist unklar, ob er wirklich leben will oder nicht, ohne dass er das so
50 ganz genau weiß, und ich dachte, da reiche ich als Psychotherapeut nicht aus. Dieses Schwarz und diese
51 düstere Stimmung, die er verbreitet hat, hat so ein tiefes Unbehagen bereitet, und ich hatte das Gefühl,
52 dem würde ich nicht gewachsen sein. Und dann hab' ich die Bedingung gestellt, dass er vorher mit einem
53 Arzt spricht – ob er sie eingehalten hat, weiß ich nicht, er ist nicht mehr gekommen.

54

55 I: Mhm, okay. Also das sind dann auch Überlegungen dahingehend, ob von Therapeutenseite aus mit
56 einem Klienten gearbeitet werden kann?
57

58 T: Vielleicht könnte ein anderer Therapeut, der viel Erfahrung mit Drogenabhängigen oder Ex-
59 Drogenabhängigen hat, könnte da vielleicht eher arbeiten. Natürlich spielt die Erfahrung eine Rolle, ich
60 hab´ lange Zeit mit Kindern gearbeitet und bin, also so Kinderprobleme fallen mir jetzt nicht besonders
61 schwer oder auch der Umgang mit den Eltern. Wenn jemand nie mit Kindern therapeutisch gearbeitet hat,
62 dann wär´ das z.B. wahrscheinlich auch ein Neuland für ihn.
63

64 I: Mhm. Aber gibt es da konkrete Überlegungen von Ihrer Seite aus – oder von der Erfahrung her – dass
65 Sie sagen, mit einer bestimmten Problemlage können Sie besser umgehen oder besser arbeiten, oder
66 gibt´s da eigentlich nix?
67

68 T: Ich kann mit sehr vielen Störungen arbeiten: Mit Neurosen und Depressionen, alles Mögliche – da ist
69 wenig Grenze. Wo ich aus meiner persönlichen Erfahrung nicht so gut bin, das sind Borderline-
70 Störungen, das hab´ ich einige Male probiert, da hab´ ich den Eindruck g´habt, da war ich wenig
71 hilfreich.
72

73 I: Und kann man da sagen, dass Sie wirklich auch selektieren, oder würden Sie´s trotzdem probieren,
74 wenn so jemand zu Ihnen kommt? Oder würden Sie diese Person weitervermitteln?
75

76 T: Erstens, wenn jemand zu mir kommt, dann würd´ ich insgesamt die Verpflichtung sehen – wenn ich
77 ihn nicht nehme – dass ich ein Angebot mach´ oder einen Hinweis gebe, wo man hingehen könnte – das
78 ist die eine G´schichte. Die andere G´schichte ist, im Moment geht´s mir so, dass ich´s vielleicht noch
79 einmal probieren würde, aber mit besonderer Vorsicht und vielleicht mit mehr Supervision oder so.
80

81 I: Und diese Weitervermittlung, welche Kontaktdaten geben Sie da, also sprich: Bleibt das in Ihrem
82 Ansatz, oder haben Sie da auch Kontakte von ganz anderen Verfahren?
83

84 T: Naja, nachdem ich in zwei Ansätzen zu Haus´ bin, ist der Kreis ein bisschen größer, aber ich würde
85 heute nur mehr Personen empfehlen, die ich auch kenne, die ich beruflich kenne, die ich aus ihrer Arbeit
86 kenne, mit denen ich ein Stück Ausbildung gemacht hab´ oder Supervision gemacht hab´ oder sowas. Ich
87 hab´ eine schlechte Erfahrung gemacht mit Personen, die ich nur aus der Liste nehme – unabhängig von
88 der Zusatzbezeichnung, von der Richtung – und das möcht´ ich nicht wiederholen. Also der Kreis der
89 Personen, die ich kenne, ist groß, aber Personen, die ich gar nicht kenne, würd´ ich halt nicht mehr
90 empfehlen. Das schließt aber auch Personen ein, die mit anderen Verfahren arbeiten.
91

92 I: Okay. Kommt es eigentlich immer zu einem Erstgespräch, oder kann es auch sein, dass Sie am Telefon
93 schon jemanden weitervermitteln?
94

95 T: Eigentlich versteh´ ich die Aufgabe des Psychotherapeuten schon so, dass er ein Erstgespräch anbietet.
96 Das versuch´ ich so zu halten, dass das Erstgespräch meistens kostenfrei ist bei mir, sodass dem Klienten
97 keine materiellen Nachteile entstehen – auch wenn ich ihn nicht nehmen kann und weitervermitteln muss
98 denk´ ich, ist das ein Dienst, den ich gerne leiste.
99

100 I: Und gab´s da schon Fälle, wo es zu einem Erstgespräch eben gekommen ist und dann haben Sie
101 weitervermittelt?
102

103 T: Ja, jetzt die Situation, wo ein sehr dicker Mann gekommen ist, der meinen Klienten-Lehnsessel fast
104 gesprengt hat und ich hatte den Eindruck, da kann ich jetzt nicht genug für ihn tun, und hab´ ihn dann an
105 einen erfahrenen Kollegen, der sich sehr viel mit Essstörungen beschäftigt, weiterempfohlen.
106

107 I: Gibt es auch Überlegungen im Hinblick auf Indikationsentscheidung? Also sprich: Ist der Klient
108 indiziert für Psychotherapie bzw. das Verfahren, das Sie anbieten?
109

110 T: Naja, das ist eine interessante Frage. Rogers definiert ja den Klienten so, dass der Klient sich selbst
111 definiert: Klient ist der, der sich als solchen versteht. Wenn nun wirklich jemand mit einem Anliegen zu
112 mir kommt, dann ist in der Regel ein Wunsch nach Hilfe da. Es ist vielleicht nicht immer ein präziser
113 Wunsch nach Psychotherapie – und auch nicht immer eine klare Vorstellung von dem, was
114 Psychotherapie ist – da, aber zumindest ein Wunsch nach Unterstützung und Hilfe. So könnte es sein,
115 dass ich einmal sage, dass mir Psychotherapie in einem bestimmten Fall nicht hilfreich vorkommt,
116 trotzdem würd´ ich wahrscheinlich zumindest ein paar Gespräche anbieten.

117

118 **I:** Welche Bedeutung hat für Sie der sog. „erste Eindruck“ – ev. auch schon am Telefon?

119

120 **T:** Naja, ich glaube, wir kommen einem ersten Eindruck nicht aus – jeder von uns bildet sich ein Bild.
121 Wichtiger ist glaub´ ich, dass man flexibel bleibt für spätere Eindrücke, dass der erste Eindruck nicht
122 alles überstrahlt. Was aber interessant ist in dem Zusammenhang – nicht ganz Ihre Frage, aber – ist, dass
123 ich viel drauf gebe, womit jemand zu sprechen beginnt, mit welchen Themen er zu sprechen beginnt. Ich
124 glaub´, dass unwillkürlich doch meistens das Wichtige nach vor gereiht wird und da sozusagen in einer
125 zusammengepackten Kurzfassung sehr viel enthalten ist – drum versuch´ ich mir den Anfang meist
126 besonders gut zu merken. Das trifft aber mehr das Ausgesprochene, weniger den gestischen und
127 optischen Eindruck insgesamt. Also der erste Eindruck ist da, aber ich würd´ ihn nicht zu hoch
128 einschätzen.

129

130 **I:** Okay. Beim Erarbeiten des Theorieteils meiner Diplomarbeit bin ich auf einen Begriff gestoßen –
131 kommt aus dem englischsprachigen Raum – nennt sich „Intaker“: Das sind speziell ausgebildete
132 Beratungstherapeuten, die Erstgespräche mit potenziellen Klienten führen, aber dann meist eine ev.
133 anschließende Psychotherapie nicht selber übernehmen. Was halten Sie von dieser Idee, was ist da Ihre
134 persönliche Meinung dazu?

135

136 **T:** Über lange Zeit – bis heute – hab´ ich sehr wenig davon gehalten, weil der Klient dadurch in die
137 Position kommt, dass er seine Geschichte mindestens zweimal erzählen muss. Für manche, die da ein
138 bisserl exhibitionistisch veranlagt sind, ist das angenehm und toll, aber für viele auch nicht. Ich hab´
139 sowas erlebt in einer Beratungsstelle in XXX, in einer Essstörungenberatungsstelle in XXX, in einer
140 großen psychotherapeutischen Praxis in XXX – wenn das Team der Beratungsstelle, oder wenn das Team
141 dieser großen Praxis so gut zusammengespielt ist, dass da. Diese Praxis in XXX ist eine Praxis, wo auch
142 viele Kinder behandelt werden, da macht´s vielleicht manchmal Sinn – in dem Zusammenhang, dass man
143 dann einen anderen Kollegen oder eine Kollegin bittet, mit den Eltern zu sprechen. Also wenn der Intaker
144 nicht nur sich ausschließlich auf Erstgespräche spezialisiert – was ich nicht für eine echte Spezialisierung
145 halte – sondern auch bereit ist, die eine oder andere Rolle im späteren Therapieverlauf zu übernehmen,
146 dann kann ich´s mir eher vorstellen – und wenn die Bekanntschaft zwischen diesen Teammitgliedern sehr
147 gut ist. Ich halte sehr wenig davon, wenn es sozusagen mehr auf dem grünen Tisch irgendwie dann
148 verschoben wird, so: diese oder diese Psychotherapeutin?

149 Zum Intaker noch ein Nachtrag: Das ist mehr ein medizinisches Denkmodell, weil der praktische Arzt ist
150 oft der Intaker, der dann zu verschiedenen Fachärzten verschiebt, oder ein Facharzt für Gelenke
151 verschiebt bei der Wirbelsäulenproblematik dann zur Fachärztin für Wirbelsäule. Dadurch, dass
152 grundsätzlich die Psychotherapie auf Beziehung beruht, das ist im ärztlichen Denken natürlich keinesfalls
153 so massiv der Fall. (**I:** Mhm, kann man also nicht so einfach übernehmen?) Es ist nicht so g´schickt, das
154 zu übernehmen – meines Erachtens.

155

156 **I:** Okay. Das war so ein bisschen zum Erstkontakt. Nun zum Therapieprozess und Verlauf: Aufgrund
157 welcher Merkmale ist für Sie erkennbar, ob ein Klient in der Therapie gut aufgehoben ist, ob also die
158 Therapie passend ist für die Person.

159

160 **T:** Sofern Sie´s so meinen, ob ich´s bei meinen Klienten erkenne (**I:** Ja, genau.), dann kann ich die
161 Antwort geben, dass in der Regel nach vier, fünf, sechs Stunden sich ein G´fühl des unbefangenen
162 Austausches einstellt – von meiner Seite her, von der Psychotherapeutenseite her – dass ich denke, bis zu
163 einem gewissen Grad mich freue, dass dieser Klient jetzt kommt. Und das würd´ ich für ein Kriterium
164 halten, dass der Klient gut aufgehoben ist, wenn dieser Draht zwischen uns beiden so gut funktioniert. Es
165 gibt Personen, bei denen immer wieder genau diese Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient das
166 Thema ist, und dann ist das die Schwierigkeit, um die´s geht. Aber der ist, indem er an dem arbeitet, auch
167 gut aufgehoben. Nicht gut aufgehoben wäre, wenn ich den Eindruck hab´, jemand lässt mich gar nicht
168 ausreden, hört mir nicht wirklich zu, ich finde die Worte nicht, um bei ihm anzukommen – solche
169 Therapien brechen aber in der Regel nach ein paar Stunden ab. (**I:** Weil der Klient nicht mehr kommt?)
170 Weil der Klient auf Urlaub geht und sich nachher nicht mehr rührt oder solche Dinge. Es kann auch mal
171 wirklich mit der Sprache zusammenhängen: Vor kurzem hatte ich einen Hilfsarbeiter, der irgendwie zu
172 massiv gegen seine Freundin vorgegangen ist, und ein schlechtes Gewissen hatte in der Therapie, und da
173 haben wir die Sprache nicht ganz gefunden. Also er war dann vier, fünf Stunden bei mir – war vielleicht
174 auch meine Schwäche, dass ich da ihn emotional nicht so gut erreichen konnte – und nachdem dieses
175 überschießende, impulsive Verhalten seiner Freundin gegenüber irgendwie von selber ein bisserl
176 nachgelassen hat, hat er es dann offenbar nicht mehr für notwendig gefunden und ist ausgeblieben.

177

178 **I:** Mhm, mhm. Und ist es auch schon vorgekommen, dass da mehr von Ihrer Seite aus dieses Gefühl so

179 stark war – also nicht, dass der Klient nicht mehr gekommen ist – sondern dass Sie gemeint haben: Ich
180 muss das jetzt ansprechen, weil es geht für mich nicht mehr?
181
182 T: Ich hab´, glaub´ ich, zwei Mal in den 33 Jahren eine Psychotherapie beendet – von meiner Seite her.
183 Aber wenn Sie bedenken, dass ich über 40.000 Psychotherapiestunden habe, dann ist das nicht gar so oft.
184
185 I: Könnten Sie da das Beispiel nennen, welche Gründe das waren – wenn Sie es sagen möchten, Sie
186 müssen natürlich nicht.
187
188 T: Ich hatte den Eindruck, die Klientin – es war beide Male eine Frau, eine jüngere und das andere Mal
189 eine 50- bis 60jährige Frau – und beide Male hatte ich den Eindruck, sie wollen mir etwas, sozusagen
190 ihre Sensation berichten und Sie wollen bei mir Sensationen erzeugen, und aus dem bin ich nicht
191 herausgekommen, aus diesem „Spiel“. Und dann hab´ ich das von mir aus beendet und hab´ gesagt, dass
192 ich glaube, dass ich da nicht hilfreich bin und von meiner Seite her nicht weitertun möchte. Aber wie
193 gesagt, dass war nicht allzu häufig.
194
195 I: Und solche Personen bekommen dann auch weitere Kontaktdaten?
196
197 T: Wenn Sie´s wünschen. Bei den beiden glaub´ ich, die waren schon irgendwie gekränkt, das war so, die
198 haben jetzt nicht danach gefragt und da hätt´ ich es als aufdringlich empfunden. Grundsätzlich wär´ ich
199 schon bereit, aber bei diesen beiden Fällen ist es nicht geschehen.
200
201 I: Das passt ein bisschen zur nächsten Frage: Kann es – jetzt im Therapieverlauf – kann es zu
202 Fehleinschätzungen kommen – das Wort ist jetzt vielleicht ein bisschen überspitzt – aber dass Sie sich
203 eben im Verlauf denken: Der Klient ist nicht indiziert für die Therapieform oder es passt halt einfach
204 aufgrund anderer Gründe nicht? Oder ist das eher nicht der Fall?
205
206 T: Ich muss gestehen, dass durch die lange Berufstätigkeit es sein kann, dass die Psychotherapierichtung
207 nicht immer mehr sozusagen in der reinen Form ausgeübt wird, sondern eben durch meine Erfahrung
208 überformt ist. Ich versuch´ mich zu schützen, indem ich auch sowohl Personenzentrierte Psychotherapie
209 wie XXX unterrichte, und das heißt, mir selber immer wieder vor Augen halte, was da hin g´hört und was
210 dort hin g´hört. Aber insofern kann ich jetzt nicht sagen, dass ich auf jemanden getroffen wäre, wo ich
211 das G´fühl hatte, das passt gar nicht – mein Psychotherapieangebot, meine Psychotherapierichtung passt
212 gar nicht. Was war der Rest der Frage? (I: Also entweder, ob die Therapieform eben nicht passt oder die
213 Persönlichkeit des Therapeuten, weil es kann ja manchmal auch sein, dass z.B. für eine Problemlage
214 einfach eine weibliche Therapeutin, also dass die Person des Therapeuten nicht so passt. Aber da haben
215 Sie eh vorher gesagt, in der langen Zeit eigentlich nur die zwei Fälle.) Naja, aber das war keine Frage des
216 Geschlechts ursprünglich. Ich glaub´, dass die Frage des Geschlechts nur am Anfang eine Rolle spielt.
217 Ich hatte in den vielen Jahren einen einzigen Fall, wo jemand dann sozusagen die Probleme bei einer
218 Frau bearbeiten wollte. Ich glaub´, das ist am Anfang mehr so eine Vorstellung, wem gegenüber könnt´
219 ich mich leichter öffnen. Wenn aber ein gewisses Vertrauen entstanden ist und eine gewisse
220 therapeutische Beziehung entstanden ist, dann versucht man darin zu arbeiten, und das Thema mit dem
221 anderen Geschlecht des Therapeuten taucht nicht mehr auf. Am Anfang, wenn mich jemand am Telefon
222 fragt oder im Erstgespräch fragt, und ich weiß, dass ich ihn kaum nehmen kann, natürlich würd´ ich dann
223 eine Kollegin empfehlen, klar. Aber das mit dem Geschlecht ist kein so großes Problem, wie´s manchmal
224 g´macht wird.
225
226 I: Welchen Stellenwert hat für Sie die Verwirklichung des therapeutischen Beziehungsangebots, auch im
227 Hinblick auf diese drei Kernvariablen?
228
229 T: Den höchsten, den man sich vorstellen kann. Je besser ich mein uneigennütziges Interesse, meine
230 Einfühlung, meine Bereitschaft, mich einzulassen in das Leben des anderen, rüberbringen kann, umso
231 eher ist das, also das halt ich für die entscheidende Variable.
232
233 I: Mhm. Ist es schon mal vorgekommen, dass es Ihnen sehr schwer gefallen ist, eine dieser drei oder alle
234 drei fundamentalen Variablen zu verwirklichen?
235
236 T: Naja, es gibt Klienten, die bestimmte Facetten mehr fordern und andere vielleicht weniger fordern,
237 und das ist dann schon so ein Sich-aufeinander-einstellen. Es hat eine Klientin gegeben, bei der die
238 Echtheit den größten Stellenwert hatte, und das war das Wichtigste in dieser therapeutischen Beziehung.
239 Die Einfühlungsmängel hat sie wegg´steckt, die waren nicht so bedeutsam. Aber das ist natürlich
240 umgekehrt vielleicht auch ein Hinweis auf die jeweilige Problemlage des Klienten. Wenn jemand

241 sozusagen eine tiefe Sehnsucht hat nach wirklich wahrgenommen-werden, dann ist die Echtheit
242 wahrscheinlich das Wichtigste. Und ob jetzt das eine oder andere weniger gut eingefühlt wird, spielt dann
243 weniger eine Rolle. Oder wenn jemand also eigentlich geplagt ist von Schuldgefühlen und ständig damit
244 drängt, dann ist bestimmt der Aspekt des Akzeptierens im Vordergrund. Wobei ich nie sagen würde, dass
245 eine Variable allein ausreicht, aber der Schwerpunkt kann unterschiedlich liegen.

246

247 I: Und ist es schon mal vorgekommen, dass es von Ihrer Seite aus gar nicht gelungen ist, also dass Sie
248 sich gesagt haben: „Irgendwie funktioniert’s nicht, dass ich diese fundamentalen Variablen
249 verwirkliche“?

250

251 T: In einzelnen Stunden schon, insgesamt in einer längerfristig laufenden Psychotherapie nicht, dann
252 müsst’ ich’s im Grunde abbrechen. (I: Aber ist noch nicht vorgekommen?) In einzelnen Stunden schon,
253 aber nicht längerfristig. (I: Also nicht so, dass dann ein Abbruch notwendig gewesen wäre?) Ja.

254

255 I: Okay. Wenn ich Ihnen jetzt das Statement sage: „Passung zwischen Therapeut und Klient“ – was heißt
256 da für Sie, was stellen Sie sich darunter vor, was bedeutet das für Sie?

257

258 T: Passung beginnt im Erstgespräch damit, dass ich irgendeinen Teil des anderen zu verstehen beginne.
259 Passung muss gleichzeitig aufgebaut werden, also das ist nicht etwas, was sozusagen sofort und
260 momenthaft und dann ganz da ist. In der Hinsicht bin ich selten beim Rogers nicht einverstanden, aber da
261 doch nicht einverstanden, weil er diese berühmte erste Variable – es gibt einen psychologischen,
262 psychischen Kontakt zwischen Klient und Therapeut – immer als null-eins Variable verstanden hat: ist
263 entweder da oder nicht da. Vielleicht hat er ein sehr niedriges Niveau angesetzt, und dann wär’s noch
264 nachvollziehbar, aber ich glaub’, dass Kontakt immer wieder neu hergestellt werden muss und dann
265 dichter wird und sich langsam zu einer therapeutischen Beziehung entwickelt, und das würd’ ich sagen,
266 ist der Aufbau der Passung, die Entwicklung der Passung.

267

268 I: Haben Sie selbst schon einmal erlebt, dass Sie das Gefühl hatten: Mit diesem Klienten oder dieser
269 Klientin fühle ich mich nicht sehr wohl – entweder schon zu Beginn oder im Lauf des
270 Therapieprozesses? Ist sowas schon mal vorgekommen? Also wirklich intensives Nicht-wohlfühlen.

271

272 T: Ich könnt’s eigentlich nur in Bezug auf die zwei Klientinnen sagen, von denen ich vorher g’sprochen
273 hab’, wo ich aktiv abgebrochen hab’. Sonst trifft das schon mal zu, aber man darf eine Einzelstunde nicht
274 überbewerten. (I: Ja genau, das meine ich.) Eine Klientin ist mal wutentbrannt aufgesprungen und aus der
275 Stunde gelaufen, aber zur nächsten war sie wieder da und die Therapie ist weitergegangen. Also da hab’
276 ich sicher was nicht erwischt und sie irgendwie provoziert, ohne es zu wollen, aber es ist in der nächsten
277 Stunde wieder weitergegangen.

278

279 I: Das heißt, Unwohlsein dann wirklich auch, dann muss sich das über mehrere Stunden oder über eine
280 längere Zeit ziehen?

281

282 T: Ja, das wär’ nicht fair sozusagen, wenn ich mal was nicht verstehe oder wenn ich irgendwie
283 danebenhau’ – was ja immer wieder passieren kann – das sozusagen als Kriterium eines Abbruchs gleich
284 zu nehmen.

285

286 I: Okay, gut. Gründe, deretwegen Sie Klienten nicht nehmen, haben wir schon ein bisserl angesprochen.

287

288 T: Im Grunde gibt’s nur zwei Gründe: Ich hab’ keine Zeit oder ich empfang’ jemanden zum Erstgespräch
289 und sag’ am Ende des Gesprächs: „Ich bin, glaub’ ich, nicht der Richtige für Sie, probieren Sie’s doch
290 mit dem oder dem.“ (I: Und was können da Gründe sein, dass Sie meinen, Sie sind nicht der Richtige?)
291 Na da müsst’ ich jetzt sozusagen rekurrieren auf das, was ich ursprünglich g’sagt habe, wenn sich bei mir
292 entweder gar kein emotionaler Berührungspunkt ergibt oder wenn sich eine hauptsächlich negative,
293 düstere Stimmung, ein Unbehagen in mir ausbreitet, das jetzt nicht nur auf einen bestimmten Satz
294 zurückzuführen ist, sondern auf eine lange Passage der Darstellung des Klienten, dann würd’ ich das als
295 negativ ansehen.

296

297 I: Okay, weil rein vom Störungsbild haben Sie ja eingangs gesagt, gibt’s eigentlich nichts, wo Sie von
298 vornherein sagen: „Mit sowas arbeite ich nicht“.

299

300 T: Würde ich nicht so sehen. Vielleicht könnt’ ich mir vorstellen, dass ich manchmal Bedingungen stell’.
301 Also ich kann mich an einen Taxifahrer erinnern, der immer wieder über sein Alkoholproblem geredet
302 hat, und da – von dem Fall hab’ ich viel gelernt. Er ist nur ein paar Stunden da gewesen und er hat mich

303 irgendwie überredet, dass ich zustimme, dass er eine ambulante Entziehung macht – nach den
304 Erfahrungen, die ich mit ihm gemacht hab´, würd´ ich das heut´ nicht mehr tun, sondern ich würd´ die
305 Bedingung stellen, dass er sich in einen Entzug begibt, und dann könne er wieder kommen. So hab´ ich´s
306 bei der nächsten Person, die mit einem Alkoholproblem gekommen ist, g´macht, also sowas gibt´s schon.
307 (I: Also eine Vorbedingung?) Ja, aber das wäre keine Gegenindikation. (I: Und mit Entzug meinen Sie
308 wirklich stationär?) Ja, einen stationären Entzug.
309
310 I: Haben Sie sich schon einmal gedacht, ein bestimmter Kollege oder eine Kollegin könnte mit dieser
311 spezifischen Symptomatik oder Problemlage des Klienten besser umgehen?
312
313 T: Naja, der Gedanke kommt schon immer wieder – es gibt einfach sehr begabte Therapeuten und
314 Therapeutinnen, die z.B. mit Jugendlichen gut arbeiten können, oder es gibt Therapeuten, die mit
315 Störungen im Kindesalter einfach sehr g´schickt sind und viel Erfahrung haben – also das würd´ ich
316 absolut zugeben. Meistens haben die halt keinen Platz dann, und deswegen, wenn ein anderer, den ich
317 kenne, damit vielleicht geschickter umginge, würde das jetzt noch nicht automatisch heißen, dass ich´s
318 selber nicht probiere. (I: Das will ich eben auch ein bisserl herausfinden.) Nein, auch bei Kindern, es ist
319 ja immer so ein bisserl schwierig, aber ich hab´ seit vielen, vielen Jahren – ich glaub´, es ist seit 1980
320 oder so – hab´ ich immer wieder Therapeuten, aller paar Wochen, eine Zusammentreffen mit
321 Therapeuten und Therapeutinnen, die mit Kindern arbeiten, einfach wo wir eine Interventionsgruppe
322 haben, die viel Austausch betreibt und man muss einfach da auch up-to-date bleiben. Vor 25 Jahren hat´s
323 das ADHS-Problem noch nicht gegeben, und heut´ muss man sich mit dem rumschlagen. Das Phänomen
324 hat´s früher wohl auch gegeben, aber es gibt natürlich dann auch Forschung und Therapieüberlegungen
325 zu manchen Syndromen, die man nur im Austausch mit den anderen irgendwie erarbeitet, wenn man
326 nicht ausschließlich Fachliteratur liest.
327
328 I: Aber ich hör´ da raus: Eher nur, dass der Gedanke bei Ihnen entsteht, aber weniger, dass wirklich jetzt
329 eine Weiterverweisung stattfindet.
330
331 T: Findet schon manchmal statt, aber grundsätzlich ist es. Das Eingeständnis, dass jemand anderer
332 vielleicht besser ist als ich, das geb´ ich gerne und oft, aber es würde noch nicht unbedingt bedeuten,
333 wenn ich mich entschieße, mit jemandem zu arbeiten, dass ich das dann nicht tue. Man könnt´s vielleicht
334 kurz fassen: Soviel schlechter bin ich dann auch nicht.
335
336 I: Okay. Damit hätten wir´s geschafft. Vielen Dank. (T: Gern.)

Anhang III

Martina DOMESLE ☎ 0699 / 19 24 75 83 ✉ m.domesle@gmx.at		Curriculum Vitae	
Persönliche Daten		Geboren am 1. März 1978 in Amstetten (NÖ), Österr. Staatsbürgerschaft	
Ausbildung			
Seit März 2009	Absolvierung der Weiterbildung „Personenzentrierte Beratung von Kindern und Jugendlichen und deren Angehörigen“ (Vereinigung Rogerianische Psychotherapie)	Wien	
April – August 2007	Auslandssemester an der Universität Würzburg	Würzburg, D	
März – Juni 2006	Wissenschaftliches Praktikum an der Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft (FE Psychoanalytische Pädagogik)	Wien	
Seit Okt. 2003	Universität Wien: Diplomstudium Pädagogik Schwerpunkte: Psychoanalytische Pädagogik, Heil- und Integrative Pädagogik sowie Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie	Wien	
Sept. 1992 – Juni 1997	Absolvierung der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik	Amstetten, NÖ	
Sept. 1984 – Juni 1992	Volks- und Hauptschule	Euratsfeld, NÖ	
Berufserfahrung			
Seit März 2009	Studienassistentin an der Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft (FE Humanistische Pädagogik und Sozialpädagogik)	Wien	
Mai – Jun. 2008	Administrationstätigkeit an der Universität Wien, Institut für Bildungswissenschaft (FE Humanistische Pädagogik und Sozialpädagogik)	Wien	
Juli 2004	Freiwilliger Sozialdienst (Mitarbeit bei einem Sommercamp)	Vermont, USA	
Seit Okt. 2003	Tätigkeit als Kindermädchen	Wien	
Juli 2002 – Mai 2003	Leiterin eines Kindergartens bei der <i>kindercompany</i>	Wien	
Jan. 2001 – Juni 2002	Stellvertretende Kindergartenleiterin bei der <i>kindercompany</i>	Wien	
Aug. – Dez. 2000	Auslandsaufenthalt als Au-Pair	Großbritannien	
Okt. 1997 – Juli 2000	Tätigkeit als Kindergärtnerin bei der <i>kindercompany</i>	Wien	
1995 – 1997	Diverse Ferialtätigkeiten im KH Amstetten	Amstetten	
Zusätzliche Qualifikationen			
Sprachen	Englisch: fließend (in Wort und Schrift) Italienisch: Grundkenntnisse		
Musikausbildung	Instrumente: Klavier, Blockflöte, Ziehharmonika, Gitarre Mitglied der Chorvereinigung „Jung-Wien“		